مكتب الإنماء الاجتماعي

الحلقةُ النقاشِيّةَ التّاسِعَة



اهداءات ٢٠٠٢
المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب
الكويت

دولة الكويت

الديوان الأميري

مكتب الإنماء الاجتماعي

الحلقة النقاشية التاسعة

ضحايا العدوان العراقي... استراتيجية التأهيل والتنمية

خلال الفترة من 7 – 9 مارس 1998

فهرسة مكتبة الكويت الوطنية أثناء النشر

ضحايا العدوان العراقي.. استراتيجية التأهيل والتنمية: الحلقة النقاشية التاسعة، 7 – 9/3/98
إعداد مكتب الإنماء الإجتماعي – الديوان الأميري. – الكويت: مكتب الإنماء الاجتماعي؛ 2000.
170 ص؛ 24 × 17 سم.

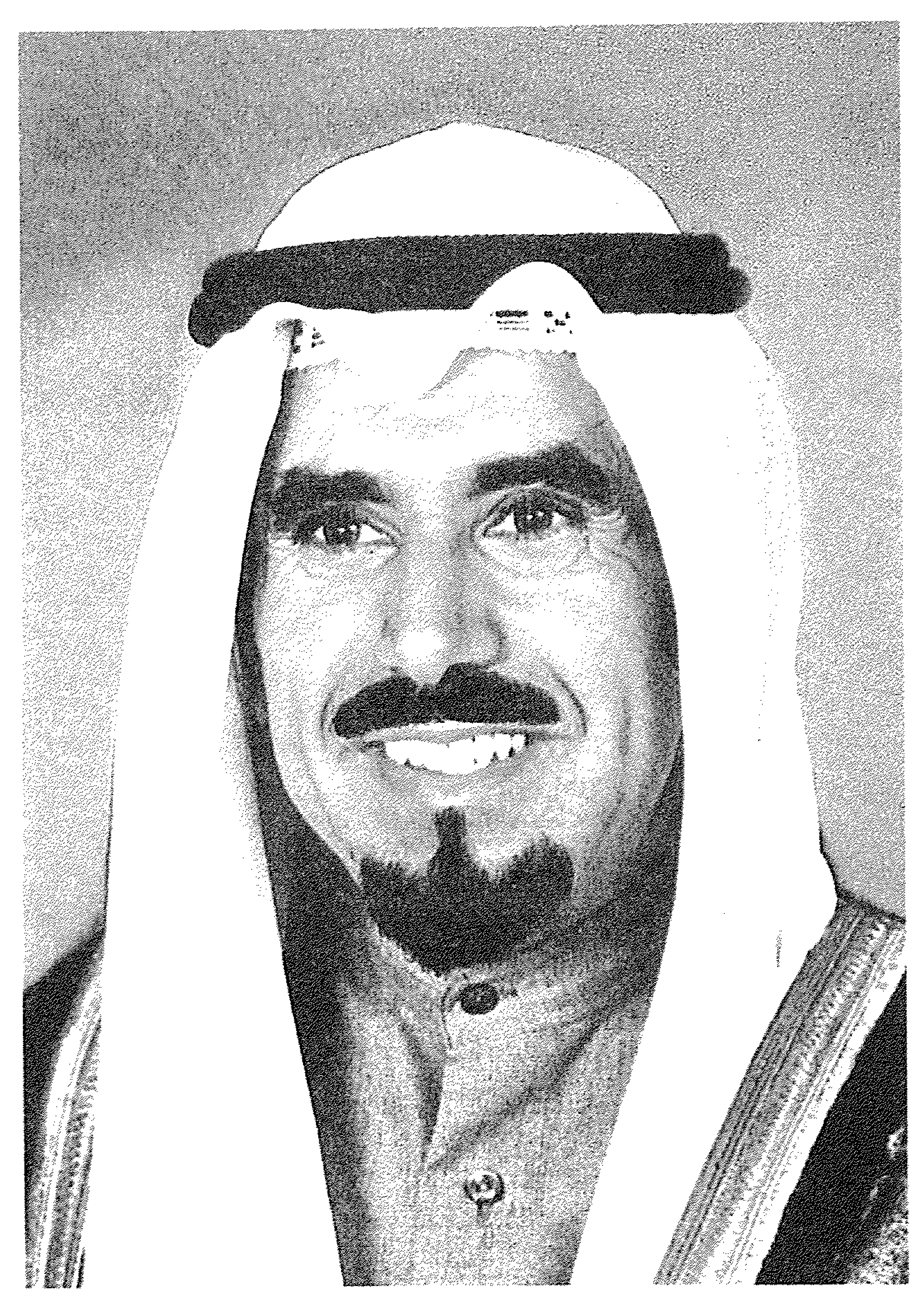
ردمك: 6 – 09 – 33 – 99906

1 – الكويت – العدوان العراقي. 2 – أسر الشهداء. 3 – الاحتلال العسكري – الآثار النفسية
4 – التأهيل الاجتماعي. 5 – التأهيل النفسي. 6 – الرعاية الاجتماعية.

ديوي 362,87

ردمك 6–09–33–99906





صَاحِبُ السّمُوّ الشّيخ جَابِرُ الأحمَد الجَّابِرُ الصّبَاح

أمير دولة الكويت



سمو الشيخ سعد العبدالله السالم الصباح

ولي العهد ورئيس مجلس الوزراء

المحتويات

كلمة الافتتاح

الأستاذ الدكتور بشير صالح الرشيدي
رئيس مجلس أمناء مكتب الإنماء الاجتماعي

بسم الله الرحمن الرحيم

بسم الله وكفى والصلاة والسلام على خير من اصطفى، اللهم لا سهل إلا ما جعلته سهلاً وأنت تجعل هذا اللقاء عليّ وعلى الباحثين والحاضرين سهلاً.

أيها الأخوة في بداية هذا اللقاء نود أن نرحب بالحاضرين والحاضرات لبحث موضوع أساسي من مواضيع البحث العلمي، هو ما يتعلق في التأهيل ولقد كان لمكتب الإنماء الاجتماعي منذ إنشائه هدف إنساني ورسالة واضحة وهي القيام على إزالة آثار العدوان العراقي الغاشم الآثم بالنواحي النفسية والاجتماعية والتربوية، ولا يزال مكتب الإنماء الاجتماعي مستمراً في مهمته حتى يكتب الله سبحانه وتعالى لنا تبرئة الذمة وإنجاز المهمة وإزالة الغمة، ولقد وضعنا في مكتب الإنماء الاجتماعي ثلاثة أهداف نصب أعيننا نسعى جاهدين ليل نهار لتحقيقها، الهدف الأول يتمثل منذ البداية منذ إنشاء المكتب في الكشف عن تلك الحالات المتضررة أي البحث عن تلك الحالات التي تضررت من وراء ذلك العدوان الآثم الغاشم ونريد أن يكون اكتشاف نصيحة وليس اكتشاف فضيحة، أنتم تعلمون أيها السادة والسيدات أننا نعيش في مجتمع محافظ لا يريد أن يظهر نفسه أمام المعالج النفسي ومن جهة أخرى أن العلاج النفسي أو الإرشاد النفسي ليس من ثقافتنا ولا من عادتنا ولذلك فقد واجهنا أزمة ذات محورين:-

- **المحور الأول** هو أعراف هذا المجتمع وتقاليده التي لا تبيح البوح بما يختلج في النفوس.

- **المحور الثاني** هو أن فكرة الإرشاد النفسي فكرة ليست وليدة مجتمعنا لكن ذلك لا يمنع فالحكمة ضالة المؤمن إن وجدها فهو أحق بها.

ولذلك كان الهدف الأول هو اكتشاف تلك الحالات المتضررة من طبقات هذا المجتمع ومن أسرهم وكان هناك هدف ثاني يبرز عندما نكتشف هذه الحالات المتضررة هو أن نعمل على إرشادها وإن شئت فقل علاجها بكل الطرق التي نملك، وكل الوسائل التي نعرف باذلين أقصى جهودنا في سبيل علاج تلك الحالات المتضررة جراء هذا العدوان الغاشم الآثم ثم جاء الهدف الثالث هو أنه يتعين بعد الاكتشاف والإرشاد من إعادة تأهيل تلك الحالات المتضررة سواء كان تأهيلاً في النواحي النفسية أو في النواحي الاجتماعية أو تأهيلاً في النواحي الوظيفية فبعض الناس قد اضطربت نفوسهم وتخلخلت علاقاتهم وتشابكت تصوراتهم فلا يميزون الخطأ من الصواب فهؤلاء يحتاجون إلى إعادة تأهيل نفسي في مجالاتهم، بعض الناس لا يستطيعون الذهاب إلى وظائفهم لأن الوظائف تشكل لهم مثيرات خارجية تستدعي خبرات أيام العدوان العراقي الغاشم لذلك وجب تأهيلهم وظيفياً، إذن فكرة التأهيل فكرة رئيسية من أهداف هذا المكتب ومن ثم يتواصل اللقاء مع أهل الذكر في مجال التخصص لأن الله تعالى أمر في كتابه الكريم **﴿فاسألوا أهل الذكر إن كنتم لا تعلمون﴾** وما هذه الحلقات النقاشية التي يعقدها مكتب الإنماء الاجتماعي إلا لكي يتواصل معها أهل الذكر في مجال التخصص إلا استجابة للأوامر الإلهية من سؤال أهل الذكر، لأننا نريد أن نتعلم، نريد أن نتواصل، نريد أن تكون هناك تنمية فكرية علمية تراكمية لكي تصب في محصلة الاكتشاف والعلاج وإعادة التأهيل.

ولذا جاءت حلقتكم هذه حلقةً في سلسلة متواصلة متصلة غير منفصلة لكي تؤدي أهدافها وتبلغ غاياتها بإزالة آثار العدوان العراقي الغاشم في المجالات النفسية والتربوية والاجتماعية.

إنكم أيها الأخوة والأخوات مدعوون إلى هذا اللقاء العلمي لا لكي تستمعوا فقط ولكن لتشاركوا ففي المشاركة مباركة وما أحوجنا في مكتب الإنماء الاجتماعي إلى الآراء والمسارات والتنظيرات التي يساهم فيها أهل الذكر في مجالات التخصص لكي نستفيد منها في معالجتنا الميدانية، نسأل الله تعالى أن يوفقنا جميعاً لما فيه خير العمل ويكلل جهودكم بالتوفيق لخدمة هذا الوطن المعطاء دولة الكويت والله ولي التوفيق.

والسلام عليكم ورحمة الله وبركاته ،،،



الجلسة الأولى

1 النساء المعيلات للأسرة في حالة غياب الأب
نموذج أسر الشهداء

رئيس الجلسة : د. فهد عبد الرحمن الناصر

المتحدث الرئيسي : د. عبد الوهاب محمد الظفيري

البحث

1. مقدمة الدراسة

يبدو أن أغلب مشاكل العالم من اضطرابات سياسية، واقتصادية، واجتماعية وما ينجم عنها من حروب ومآسٍ وتشرد وحرمان، يخلص في النهاية لتتحمل المرأة النصيب الأكبر منه في عملية الإصلاح والرعاية. فالعمل داخل المنزل وخارجه وتربية الأبناء ورعاية الأسرة وإعداد النشء والحفاظ عليهم من التشرد والضياع أصبحت من المسؤوليات التي يجب على المرأة أن تتحملها منفردة بعد غياب الرجل لأسباب الهجر أو الطلاق أو الإعاقة عن أداء الدور الاجتماعي أو التهرب من المسؤولية أو الوفاة أو لسبب آخر. وتزداد هذه المأساة في حالة غياب القوانين الملزمة والمؤسسات أو أنظمة التأمينات الاجتماعية التي تساهم بدورها في تقديم المساعدة للفرد والأسر دون إحسان أو مِنَّه كما يفترض.

ففي إعلان الأمم المتحدة في السادس والعشرين من مايو 1996 نجد أن معظم المشردين في العالم البالغ عددهم نحو مائة مليون شخص هم من النساء والأطفال ويعيش ما يصل إلى 600 مليون شخص في أماكن غير ملائمة وغير صحية وأفاد تقرير أعده مركز الأمم المتحدة للمستوطنات البشرية للعرض على مؤتمره المقبل عن مشاكل المدن المتضخمة في العالم أن ما يقدر بنحو 103 بليون فقير في العالم 70% منهم من النساء وتمثل النساء والفتيات أيضا أكثر الجماعات السكانية الفقيرة نموا فيما وصفه التقرير (بالظاهرة العالية لفقر الإناث) وتشكل هذه الشريحة نحو نصف عدد سكان العالم، لكنها لا تملك سوى واحد بالمائة من ثروة العالم.

ويقول التقرير إن النساء والأطفال من الضحايا الأساسيين أيضا للاضطرابات السياسية، ويشكلون ما بين 70-80% من إجمالي عدد اللاجئين في العالم البالغ 23 مليون شخص. (القبس، العدد 8234، 96).

تهدف هذه الدراسة إلى تعميق الفهم للمشكلات التي تؤرق عددا لا بأس به من بنات المجتمع الكويتي ممن لم يوفقن في استمرار حياتهن الأسرية بسبب فقد رفيق الدرب ورب الأسرة، واضطرتهن الظروف إلى مواجهة الحياة الأسرية فرادى دون مساندة من الزوج بسبب الاستشهاد، ومحاولة رصد المشكلات الاجتماعية والاقتصادية والقانونية والإسكانية وكذلك المشكلات المتعلقة بالأبناء دراسيا أو تربويا، وتحديد تأثيرات هذه الأزمة الإنسانية على الأرملة شخصيا، وانعكاسات ذلك على الأبناء، علما بأن العدوان العراقي الآثم على دولة الكويت في الثاني من أغسطس 1990 قد خلف وراءه حوالي 1200 أسرة ترعاها الزوجة بين أسير وشهيد في ظرف سبعة شهور فقط، وأكثر من ثلاثة آلاف طفل كانوا يعيشون في كنف أسر مستقرة برعاية الوالدين.

2. الدراسات السابقة

تعتبر ظاهرة النساء المعيلات للأسر واحدة من الظواهر الاجتماعية التي لا يخلو منها المجتمع الإنساني في العالم بأسره، وتشير الدراسات إلى أن أعداد الأسر ذات العائل الواحد تتزايد في دول العالم، وعلى الأخص الأسر التي تكون فيها الأم صغيرة السن وتضم أطفالا (كيركا 1988) حيث تعاني هذه الأسر في الأغلب من انخفاض في الدخل والمستوى التعليمي للأم، وهذا يؤدي بالتالي إلى مشاكل اقتصادية واجتماعية ونفسية (العيسى 1995).

وفي موضوع التغيرات التي طرأت على الأسرة الكويتية، ترى (القاضي، العام الدولي للأسرة، 1994) أن الأسرة الكويتية تسودها عدة ظواهر كصدى للتغيير الكبير الذي صادف المجتمع الكويتي خلال العشر سنوات الماضية، ولعل أهم تلك الظواهر زيادة نسبة إعالة المرأة للأسرة نتيجة لعدة أسباب من بينها: زيادة نسبة الطلاق، وحالة المرأة الكويتية التي تزوجت من أجنبي غادر البلاد بعد الغزو العراقي الغاشم للبلاد ولا تسمح الظروف بعودته، والمرأة الكويتية التي تزوجت من رجل غير محدد الجنسية، فمع

أنه موجود في البلاد إلا أنه لا يقوم بدوره أبا للأسرة بل تقوم المرأة بإعالته وإعالة أبنائه حيث إن القوانين في هذه الفترة لا تسمح بالعمل لمن لا يملك أوراقا ثبوتية، والأسر التي استشهد عائلها نتيجة الغزو الغاشم وعددها حوالي 505 أسرة، والأسر الأخرى التي مضت فترة طويلة نسبيا على فقدان عائلها نتيجة للأسر، وهي لا تقل عن عدد أسر الشهداء حجما، ولم تحل هذه المشكلة إلى ساعة إعداد هذه الدراسة. هذا ويحق لنا أن نناقش الموضوع من زاوية أخرى إذ يجوز إضافة عدد الأسر التي أهملها عائلها وتقاعس عن أداء دوره ربا لأسرة وانشغل عنها تاركا الزوجة تتولى أمور الأسرة ومسؤوليتها بالكامل دون مساعدة منه تذكر، كالأب المحكوم عليه بفترة عقابيةوالمدمنين، ورواد الطب النفسي، والمفقودين في حوادث مختلفة....الخ، ولا أدل على ذلك من مشاهدة الأمهات في الجمعيات التعاونية والمدارس والمستوصفات وأماكن التسلية في رعاية الأبناء، ومن النادر وجود الآباء معهم، إذ أصبحت ظاهرة توصيل الأبناء إلى المدارس والمستوصفات وأماكن الترفيه من مسؤوليات المرأة الكويتية دون الرجل.

وفي دراسة أخرى (جاسم) عن غياب أحد الوالدين عن الأسرة: ترى الدراسة أن غياب الأب أو الأم عن حياة الأسرة أصبح واقعا مألوفا في كثير من حياة الأسر في المجتمع الإنساني، إذ يجب مواجهته ومعرفة آثاره وأبعاده الاجتماعية والاقتصادية والسياسية، فهناك حالات الطلاق والهجر وكذلك حالات القتل والوفاة نتيجة للحروب والصراعات الإقليمية وغير ذلك لها دور رئيسي في هذا الحرمان الذي يتحمله الأطفال بفقدان والديهم.

وقد جاء العدوان العراقي الغادر على دولة الكويت في أغسطس 1990 ليزيد من عدد الأسر ذات العائل الواحد بسبب أسر أو استشهاد الأب والأم، وتشير الإحصاءات الرسمية إلى أن هناك أكثر من ألف أسرة كويتية تضررت بهذا الموضوع سواء بالاستشهاد أو الأسر. وبالرغم من الجهود الحثيثة التي تبذلها الجهات المعنية بالدولة لرعاية هذه الأسر من الجوانب الاقتصادية والاجتماعية والقانونية والصحية والتربوية والنفسية إلا أن كل هذه المجهودات لا يمكن أن تعوض هذه الأسر عن الأضرار المعنوية التي لحقت بها كما يرى المتخصصون في هذه الجوانب.

فمن نتائج بعض الدراسات العلمية التي قام بها مكتب الإنماء الاجتماعي وقدمها بعض المتخصصين في المؤسسات المحلية والعالمية في إطار المؤتمرات العلمية لمكتب الإنماء عن تأثير العدوان العراقي في الطفل الكويتي أن 83% من الأطفال بدت عليهم أعراض الاضطرابات النفسية بوجه عام، 48% يعانون اضطرابات النوم، 42% يعانون صعوبة التركيز الذهني، 50% من الأطفال لديهم الشعور بعدم الأمان، 20% يعانون من التبول اللاإرادي، 55% بدا عليهم السلوك العدواني، (دراسة اليونيسيف على عينة من الأطفال الكويتيين، الرشيدي 1994).

وتظهر بعض البحوث القليلة في هذا المجال أن معظم الأسر ذات العائل الواحد تعاني من نقص في الخبرات والتوجيه السليم لأبنائها لحل المشاكل الخاصة بهم في مواجهة الاضطرابات النفسية والاجتماعية، ولا ينكر أننا اليوم نعيش في عالم متداخل ومعقد التركيب، إذ لم تعد الأسرة وحدها المسؤولة مسؤولية مباشرة عن تربية الأبناء وتعليمهم إذ يشاركها في ذلك طواعية أو قسرا مؤسسات ومواقف وظروف أخرى كثيرة كالمدارس والإعلام والأندية الرياضية والمنتديات بأنواعها والمسارح والسينما وأماكن التسلية المختلفة والسفر والاتصال بالعالم الخارجي والاطلاع على الحضارات المختلفة في العالم، وهذا كله يتطلب وعيا ودراية ومتابعة مستمرة من ولي الأمر للأبناء مما يجعل مهمتهم أكثر صعوبة وتعقيدا كما ونوعا.

وتشير الدراسات إلى أن الأسر التي تعتمد على الأم في غياب الأب قد تتأثر فيها تربية الأبناء الذكور حيث توجد عوامل جانبية تسهم في هبوط نسب نجاح الأبناء مثل ظهور توترات وصراعات داخل المنزل وعدم قدرة الأم على التحكم في إدارة الأسرة مع وجود الضغوط الخارجية والداخلية مثل رعايتها للصغار مع قلة الدخل المادي وانخفاض المستوى الاقتصادي بالإضافة إلى الموقف السلبي للمجتمع من هذه الأسرة.

والأسرة ذات المعيل الواحد يتكون فيها لدى المعيل الإحساس بالوحدة والتوتر خاصة عند الحاجة إلى اتخاذ قرار هام وحاسم في حياة الأسرة أو أحد أفرادها، كما أن القلق والتوتر حول تربية الأولاد والإحساس بالذنب أو النقص لعدم توفر بعض متطلبات الأسرة سيزداد عند وجود أطفال ذوي حاجات خاصة مثل

الأولاد المعاقين أو الذين يعانون من اضطرابات نفسية أو فسيولوجية بشكل دائم أو الأطفال الذين يمرون بمراحل حرجة كسن المراهقة أو فترة الزواج أو تزايد عدد الأطفال، والمعيل فردا وحيدا في الأسرة.

إلا أن دراسات أخرى على يد (ايسن ستات) وآخرين، تشير إلى نتائج معاكسة تماما، إذ إن الحرمان من عاطفة الأمومة والدفء الأسري والبيئة الاجتماعية أحيانا يترجم إلى طموحات كبيرة لبعض الأفراد مما يجعلهم أكثر تميزا من أقرانهم ممن حَظوا بعناية كبيرة، والدراسة تظهر أن عددا لا بأس به من العلماء والكتاب والمهندسين البارزين والسياسيين الذين كان لهم تأثيرٌ كبيرٌ في تغيير وجه تاريخ العلاقات بين الشعوب كانوا ممن يعانون من مشكلات أسرية يتركز أغلبها بفقدان الأبوين معا أو أحدهما، ولعل هذه المعلومة لا تعني الدعوة إلى التفكك الأسري دافعا للإنجاز بقدر ما هي إفادة بأن هناك أملا كبيرا للمصلحين في إبدال دوافع الخوف والتردد والحرمان والشعور بالوحدة والزهد والانطواء والحقد على المجتمع والانتقام منه نتيجة للحرمان، إلى دوافع إيجابية تشحذ الهمم الضعيفة لتحولها إلى قوة عارمة، وتفتح الباب واسعا أمام التدخل المنهجي لطرح الحلول المناسبة.

وتدل إحصاءات أسر الشهداء الكويتيين من جراء العدوان العراقي، أن أكثر من 86% من الأسر لها أطفال، وأن حوالي 54% من هذه الأسر لها أكثر من ثلاثة أبناء، وفي إحصائية أخرى أعدها المركز (المصدر نفسه) عن المشكلات التي تواجه أسر الشهداء، تشير الأجزاء الخاصة بأرامل الشهداء أن مشكلاتهن موزعة بين: الشعور بالحرمان والوحدة وعدم الرغبة في المشاركة بالبرامج المختلفة كنوع من الزهد بالحياة، والشكوى من ضخامة المسؤولية الملقاة على عاتقهن من تربية الأبناء والعمل خارج المنزل بالإضافة إلى المشكلات النفسية التي تمثل حوالي 12% ولا يعادلها من حيث الأهمية إلا المشكلات المرتبطة بالتفكك الأسري التي تمثل حوالي 13% وأغلبها ناتج عن سوء العلاقة مع أسرة والدي الشهيد أو تلك المشكلات المرتبطة بأخلاقيات الأبناء وسن المراهقة، ومن أبرز المشكلات التي تواجه الأبناء كما يراها الأخصائيون الاجتماعيون والتربويون في مكتب الشهيد، الضعف الدراسي الذي يمثل حوالي 34% من مجمل المشكلات التي

تواجه الأبناء في جميع المراحل، هذا بالإضافة إلى المشكلات المرتبطة بالسلوكيات والانحراف التي تمثل 12%، ومن النقاط الجديرة بالاهتمام هنا أن الأم التي تعيل الأسرة وحدها تقع في شراك الصراع بين التدليل الزائد والقصور في معاملة الأبناء، فهي تريد أن تعطى صورة نموذجية عن إدارتها للمنزل والأولاد ولا تريد أن تشعرهم بالقصور الناتج عن غياب الأب، فتلجأ للتدليل الزائد، أو القسوة المفرطة كردة فعل وتخوف من أن يفلت زمام الأمور منها باعتبارها ربة بيت وسلطة ضابطة فيه.

3. دور مكتب الشهيد في رعاية أرامل الشهداء

بناء على المرسوم الأميري رقم 38/ 1991 في شأن تكريم الشهداء: تنص المادة الثانية منه على أن يكون تكريم الشهداء وأسرهم تكريما ماديا ومعنويا بمختلف الصور بما يكشف عن تقدير الدولة لهم، ولمجلس الأمناء اقتراح ما يراه محققا لهذا الغرض، ومن ذلك ما يلي:

1 . تقديم منح مالية لأسر الشهداء.

2 . تقرير معاشات استثنائية أو مساعدات خاصة لأسر الشهداء.

3 . تقديم الرعاية السكنية المناسبة لأسر الشهداء.

4 . منح الجنسية الكويتية لوالدي الشهيد وزوجته وأولاده البالغين والقصر.

5 . توفير العلاج في الداخل أو الخارج وكذلك الخدمات الحكومية الأخرى.

6 . منح الأوسمة والأنواط العسكرية والمدنية لأسماء الشهداء.

7 . إطلاق أسماء الشهداء على بعض الشوارع والطرق ودور التعليم والمؤسسات الحكومية الأخرى.

ويجوز لمجلس الأمناء أن يقترح أي صور أخرى من صور التكريم المناسبة، وتدخل فكرة رعاية أرامل الشهداء من الأولويات الهامة في جدول الرعاية المتميزة التي يسعى إليها مكتب الشهيد، وإعطائهم أولوية الرعاية لهن ولأولادهن.

4. أهداف الدراسة

تهدف هذه الدراسة الميدانية إلى تعميق الفهم حول المشكلات الاجتماعية والاقتصادية والقانونية والإسكانية والتربوية والصحية التي تواجه أرامل الشهداء في ظل المعطيات مثل صغر سن العينة وضعف التحصيل الدراسي وقلة الخبرة العملية وكذلك رعايتهن لأسر

تعتبر كبيرة بالمقاييس الحديثة لتركيبة الأسرة النووية.

كما يمكن للدراسة أن تسهم في رسم سياسة للرعاية الاجتماعية عن طريق تدعيم القوانين والتشريعات التي تخدم هذه الفئة من المواطنين، إن تدعيم موقف المرأة التي تتحمل مثل هذه المسؤوليات سينعكس عليها بالفائدة الكبيرة وعلى من ترعاهم من نشء، ولا عجب أن نرى من خلال الدراسات الاجتماعية التي أجريت على المجتمع الكويتي في الحقبة الأخيرة إنه، وبما لا يدع مجالا للشك، أن الغالبية العظمى من المنحرفين من الشباب هم من أولئك الذين جاؤوا من أسر متصدعة اجتماعيا بسبب الانفصال أو الطلاق أو الهجر أو الإهمال أو ضعف السلطة الضابطة في هذه الأسر.

5. عينة الدراسة

يوجد لدى مكتب الشهيد حوالي 205 أرملة شهيد، يمكن اعتبارهن عينة مقصودة جيدة لدراسة نموذج أرامل الشهداء، إلا أن نتائج هذه الدراسة يجب ألاّ تنسحب على النماذج الأخرى التي سبق ذكرها في مقدمة الدراسة (المطلقات وزوجات الأسرى والمفقودين والأسرة التي أهملها عائلها...الخ) على اعتبار أن عينة الدراسة لها خصوصيتها من حيث طبيعة المساعدات والعناية التي تقدمها الدولة لهن، وهذا ما لا يتوفر للفئات الأخرى بالمستوى نفسه، وستتم مقابلة أفراد العينة شخصيا وذلك عن طريق إخصائيين مدربين لهذا الغرض، وسيجري حصر الموافقات منهن على المشاركة قبل إجراء اللقاءات، إذ يتوقع رفض بعضهن المشاركة في البحث أو لعدم وجودهن أثناء فترة إعداد الدراسة.

6. أدوات الدراسة

تعتمد الدراسة في جمع بياناتها من العينة على ورقة استبيان محددة تطبق بأسلوب المقابلة الشخصية الفردية، وهي الطريقة الأجدى لجمع البيانات في مثل هذه الدراسات الإنسانية، حيث يوجد عدد كبير من المستويات التعليمية المنخفضة والأمّيّة.

7. تساؤلات الدراسة

بالإضافة إلى رسم صورة عن طبيعة الاحتياجات التي تعاني منها أسر الشهداء فإن الدراسة تثير التساؤلات التالية:

1. هل تعيش أرملة الشهيد حالة تأنيب ضمير تجاه الأبناء لكونهم محرومين من حنان الأب ورعايته، وهذا يدفعها

إلى التدليل الزائد أو الحرص الزائد لتفادي الفشل والتعويض، حيث ينعكس ذلك سلبا على تربية الأبناء؟

2 . هل معاملة الأرملة لأبنائها الذكور يختلف عن تربية البنات كونها ترى في الابن الأكبر خاصة تعويضا عن دور رب الأسرة المفقود؟

3 . هل أبناء الأرملة يتعرضون عادة إلى الانحراف وخاصة الذكور منهم نتيجة لغياب السلطة الضابطة في الأسرة الممثلة بالأب؟

4 . هل الوضع الاجتماعي المتمثل بالأعراف الاجتماعية ووجود الأبناء يحول دون تحقيق الأرملة رغبتها في الزواج وتحسين وضعها الاجتماعي؟

5 . هل وضع الأبناء غير العادي يزيد من دافعيتهم للإنجاز والتفوق مما يجعلهم متميزين في حياتهم الدراسية والعملية؟

6 . هل تلعب الظروف غير العادية التي تعيشها أرملة الشهيد مثل التحديات اليومية والحرمان العاطفي والضغوط النفسية والحفاظ على سمعة الشهيد وأبنائه إلى تبني ردة فعل معاكسة تجعل منها أما مثالية لديها كثير من الدافعية إلى النجاح في تربية أبنائها وتميزهم في حياتهم الدراسية والعملية.

8. تحليل نتائج الدراسة

تشير البيانات الأولية عن عينة الدراسة التي شاركت فيها 180 حالة من أرامل الشهداء اللاتي وافقن أو ممن سمحت ظروفهن بالمشاركة في هذه الدراسة، إلى أن حوالي 16% منهن تقع أعمارهن بين 20-29 سنة وأن حوالي 43% بين سن الثلاثين والتاسعة والثلاثين، وهي أعمار صغيرة نسبيا إذا ما قيست بتوقيت الكارثة، وهو سبع سنوات من تاريخ إعداد هذه الدراسة، في حين تقع الشريحة الباقية وهي حوالي 41% منهن في خانة ما بعد الأربعين، وهذا يعني أن طبيعة المشكلات المتعلقة بالعمل وحجم ونوع المسؤولية وعدد الأبناء والمشكلات الصحية قد تكون مختلفة بين الشريحتين، مما يتطلب مراعاة هذه الاحتياجات في حالة التدخل الاجتماعي لتقديم المساعدة.

أما عن الحالة التعليمية فإن العينة تتدرج من الأمية حتى التعليم العالي، من الملاحظ هنا أن حوالي 61% من العينة لم يصلن إلى التعليم الثانوي، وأن حولي 23% فقط ممن حصلن على الشهادة الجامعية والدبلوم، وهذا يعطي مؤشرا على أن مستوى التعليم للعينة متدن نسبيا

مقارنة بمجانية التعليم وإلزاميته في دولة الكويت للجنسين منذ أوائل الخمسينات.

وتشير الدراسة إلى إن 68,2% من أفراد العينة من غير العاملات (ربة منزل)، وأن حوالي 22,6% يعملن خارج المنزل (موظفات في القطاع الحكومي) كما أن حوالي 1,7% يمارسن أعمالا حرة، في حين تمثل النسبة الباقية، وهي حوالي 7,5% من المتقاعدات عن العمل.

كما أن 10% من أفراد العينة ليس لديهن أبناء، في حين 46% يرعين عددا من الأبناء من واحد إلى ثلاثة، وأن حوالي 23% لديهن من أربعة إلى خمسة أبناء، وأن حوالي 21% يعتنين بأكثر من ستة أبناء، وهذا يجعل حوالي 90% من العينة لديها أبناء، وأن موضوع الأبناء واحتياجاتهم وتأثيرهم على الأرملة ذو حساسية خاصة، خصوصا فيما يتعلق بموضوع الزواج مرة أخرى، أو الخروج للعمل خارج المنزل، أو المشاركة في البرامج التأهيلية المختلفة التي تعد داخل مكتب الشهيد وخارجه.

9. المستوى الاقتصادي للعينة

من البيانات التي جمعت عن عينة الدراسة يمكن استخلاص النتائج التالية، أن حوالي 61% منهن لا يعانين من مشكلات اقتصادية إذ يقعن بين تقديري ممتاز وجيد جدا للحالة الاقتصادية، كما أن حوالي 35% في وضع يوصف بأنه جيد، أما بالنسبة للبقية وهي حوالي 5.4% فترى التقديرات أنها تعاني من ضعف في المستوى الاقتصادي، وغالبا ما يكون هذا الضعف ناتجا عن سوء إدارة المنزل اقتصاديا أو لأسباب طارئة على الأسرة. إن المستوى الاقتصادي شبه المرتفع في مسح العينة لا يعني أن العينة غنية بل يعني أن العينة وصلت إلى درجة من الكفاية الاقتصادية بسبب طبيعة الرعاية التي تقدمها الدولة لها (رواتب، سيارة، مسكن، تأثيث، ترميم، علاج، تعليم، بالإضافة إلى الحقوق المالية الشرعية والمنح الأميرية).

وأمّا من حيث السكن فإن الغالبية العظمى منهن يعشن مع أبنائهن في بيت مستقل، وإن حوالي 23% مازلن مع الأهل في بيت واحد، برغبة منهن أن يكن مع الأهل والأقارب، أو ممن ليس لديهن أطفال، وهذا أمر طبيعي أن تعود الأرملة إلى بين الأهل، ولا يسمح لها بالسكن فتشير التقارير إلى أن حوالي 4.19% من أرامل الشهداء يعشن في فيلا خاصة، وأن حوالي 57% يقطن في سكن حكومي

(وحدات سكنية متوسطة المستوى بالمقاييس السائدة في المجتمع الكويتي، تعطى لمستحقيها كاملة البناء وجديدة)، كما أن حوالي 24% منهن يسكن في جزء من منزل أو شقة إيجار أو منازل شعبية (المنازل الشعبية أقل مستوى من المنازل الحكومية، وتعطى بصورة مؤقتة لمحتاجيها حسب الأولوية)، ولعل هذه النسبة هي تلك التي لا تمتلك سكنا خاصا، أو ما زلن في بيوت عائلاتهن الممتدة، وهي النسبة نفسها التي ما زالت متعثرة اقتصاديا مطابقة مع البيانات الأولية السالفة الذكر.

هذا وإن جميع الأسر تقريبا لا تعاني من نقص في الاحتياجات الأولية كالأدوات الكهربائية، والمواصلات (جميع أسر الشهداء حصلت على سيارة جديدة من الدولة، ولا توجد أسرة دون سيارة)، وإن مستوى المنازل يعتبر أكثر من جيد حسب تقدير الباحثين الميدانيين الذين يقومون بزيارة هذه الأسر بواقع زيارتين في الشهر على أقل تقدير. ولتأكيد هذا الجانب طرحنا في الدراسة مجموعة من الأسئلة حول الوضع الاقتصادي والحاجة المادية للأسرة، وجاء في النتائج أن حوالي 67% من العينة كانت إجابتهن عادية أو لا توجد حاجة فعلية مثل الضائقة المالية أو احتياج اضطراري، إن حوالي 33% أعربن عن حاجتهن إلى الحصول على مساعدة مالية لقضاء بعض الاحتياجات مثل تأثيث المنزل أو شراء سيارة جديدة أو بغرض السفر إلى الخارج للعلاج، علما بأن جميع هذه المتطلبات قد غطيت في السابق من قبل الدولة بعد تحرير البلاد مباشرة.

10. المستوى الصحي والنفسي للعينة

ويقصد بالمستوى الصحي أو النفسي هو ذلك المستوى من الصحة البدنية والنفسية التي تسمح لأفراد العينة بمواصلة الحياة دون عوائق تعطل درجة التكيف الاجتماعي والقيام بالأدوار اليومية الاعتيادية المطلوبة.

إن التقارير التي جمعت من الباحثين والإخصائيين الاجتماعيين في الميدان بالإضافة إلى بيانات ورقة الاستبانة تشير إلى أنّ حوالي 97% من أرامل الشهداء في فترة إعداد الدراسة لا يشكون من مشكلات صحية، ولعل صغر السن والعناية الصحية المتوفرة في البلاد لها دور في إرساء هذه النتيجة، أما الوضع النفسي للأرامل فإن الحال يختلف، إذ إن النتائج الأولية، وهي غير تخصصية (حيث لم تستخدم في

الدراسة مقاييس نفسية مقننة بل استجابات أفراد العينة) تشير إلى أن 36% يشعرن بالوحدة، وحوالي 24% يعشن حالة عدم اطمئنان للمستقبل، وهي نتيجة لفقد العائل، والمواقف التراجيدية التي مرت بها الأسرة وقت المحنة والخوف من تكرارها، ونتيجة للوحدة فإن 17% منهن يعانين من التفكير الزائد على الحد الاعتيادي (التفكير المسبب للقلق النسبي)، كما أن حوالي 12% يعانين من الكآبة والضيق، و6.0% يشعرن بأن الحياة ليس لها أهمية مما حدا بهن إلى إهمال الذات وعدم الاكتراث بالحياة، وأخيرا فإن 202.0% يعتقدن بأنهن يعانين من الخوف والوساوس، وهو أمر متوقع وقد أكدته دراسات سابقة للشريحة نفسها (دراسة مكتب الإنماء الاجتماعي، نوفل وجاسم) «أسس ومعايير برامج تأهيل الأسر ذات العائل الواحد»، حيث إن أغلبهن فقدن العائل بعد فترة قصيرة من الزواج، كما أن عددا لا بأس به كن شاهدات على مقتل أزواجهن أو التعرض إلى مواقف صعبة من أفراد الجيش العراقي، وأن فقد العائل حدث بطريقة دراماتيكية صعبة صاحبها الكثير من المعاناة والخوف مما ولد جوا صعبا هذا بالإضافة إلى التفكير في تحمل مسؤولية الأبناء، خاصة إذا ما علمنا أن أغلبهن من غير المتعلمات وغير العاملات، وكان اعتمادهن على الزوج اعتماداً كبيراً في حياته.

11. مستوى الكفاية والنقص في الرعاية التي تقدم للأرملة من مكتب الشهيد

من المعروف أن مكتب الشهيد منذ إنشائه بعد التحرير (المرسوم الأميري 38/91)، انبرى يقدم خدمات في مجالات عدة لأسر الشهداء ومنها بالطبع أرملة الشهيد، حيث يغطي المكتب الجوانب الاقتصادية والإسكانية والقانونية والاجتماعية والصحية وأخيرا التربوية والدينية، هذا بالإضافة إلى إعداد الدورات التدريبية التي من شأنها إعانة المستفيد على مواجهة الحياة الجديدة كل حسب احتياجاته ويشرف على هذه البرامج إدارات متخصصة وإخصائيون متمرسون في العمل الاجتماعي، للوصول إلى مستوى الكفاية أو النقص لأوجه الرعاية المقدمة من مكتب الشهيد لهذه الأسر والذي يعتبر أساسيا في هذه الدراسة كونه الجهة الرسمية المشرفة على تقديم المساعدة، عمدت الدراسة إلى طرح مجموعة من الأسئلة لقياس مقدار الكفاءة في تقديم هذه الخدمات بالإضافة إلى تحديد علاقة المستفيد باللجان القائمة

عليها، هذا وقد حددت العينة جل احتياجها إلى مساعدة اللجنة التربوية لإعانتها على تربية الأبناء، وهذا بدوره يعكس أهمية دور الأبناء بالنسبة للأرملة، وكذلك الدور المناط بالأب لمتابعة هذه الرعاية الذي تفتقده الأرملة اليوم، فقد عبر حوالي 38% من أفراد العينة عن حاجتهم الماسة إلى توجيهات الرعاية التربوية وخدماتها، يليها في الأهمية الحاجة إلى الرعاية الإسكانية مثل الإشراف على البناء والترميم والتأثيث وغيرها من الالتزامات التي تعجز الأرملة منفردة عن القيام بها في ضوء الظروف التي تعيشها اليوم، كما أن أغلب الأسر ترى أنها مستقرة اجتماعيا وأن تغطية الرعاية الاجتماعية كافية، حيث قدرت درجة الاستقرار الاجتماعي بين أسر الأرامل بحوالي 88% تقريبا، وهي نتيجة أكثر من جيدة بالمقارنة مع الأوضاع غير الطبيعية التي مرت بها هذه الأسر، وقد أكدت هذه النتيجة على الوضع الاجتماعي في دراسة سابقة شملت جميع أسر الشهداء من الجانب الاجتماعي إذ وصل معدل الاستقرار الاجتماعي إلى حوالي 90% وهي النتيجة نفسها التي حصلنا عليها في دراستنا الحالية تقريبا (دراسة التقارير الشهرية والسنوية بمركز الرعاية الاجتماعية للأسر مكتب الشهيد ديسمبر 1996) إلا أن هذا لا يعني أنه لا توجد مشكلات بل يعني أن هناك نوعا من التكيف الاجتماعي مع الأوضاع الجديدة، وهو مطلب أساسي للرعاية الاجتماعية.

أما عن علاقة العينة بإدارة مكتب الشهيد فإن الاستجابات كانت متفاوتة، فمن حيث العموم ترى العينة أن علاقتها أكثر من جيدة حيث وافق على ذلك حوالي 80% كما حصلت خدمات المكتب بصورة عامة على النتيجة نفسها وإن الدورات التي يقدمها مكتب الشهيد للأرامل قدرتها العينة بأنها ممتازة بواقع 54,6% والرعاية الاجتماعية تصل إلى حوالي 89% من حيث الأهمية وكذلك الرعاية التربوية التي قدرت أهميتها بالنسبة إليهم 83%، وتبرز أهمية ودور خيبة الأمل بين أفراد العينة فيما يتعلق بالرعاية القانونية، فبالرغم من الحاجة الماسة إليها في بعض الأمور إلاً أنهم لا يجدون تواصلا كافيا لتقديم الخدمة وهذا يعود إلى أن هذه الفئة المخدومة (فئة الأرامل تعاني من مشكلات قانونية متشابكة تختص بها الهيئات الحكومية في الدولة ولا يحق لمستشاري مكتب الشهيد التدخل فيها إلا فيما يتعلق بتقديم الاستشارة القانونية فقط).

12. المستوى الدراسي للأبناء

من حيث المستوى العام للأبناء دراسيا ترى العينة أن من لديهم ضعفا أو من هم بحاجة إلى مساعدة يصل إلى حوالي 44%، وتتدرج هذه الحاجة وتزداد كلما تقدم الأبناء في المراحل الدراسية، أي أن نتائج الأبناء من حيث التميز دراسيا أو النجاح تكون متقدمة في المراحل الأولى (الابتدائية والمتوسطة) ولكنها تواجه إخفاقا شديدا في التحصيل العلمي في المراحل الدراسية المتقدمة مثل (الثانوية العامة)، وقد يعود ذلك إلى عدة أسباب كما جاء في توصيات قسم الرعاية التربوية بمكتب الشهيد، وهي الجهة المخولة رسميا لمتابعة شؤون الأبناء دراسيا.

أولا: إن معايير النجاح غير دقيقة في المراحل الأولى من التعليم بصورة عامة.

ثانيا: إن الثانوية العامة يصاحبها مرحلة مراهقة للشباب وهذه المرحلة لها متطلباتها التي لا تتوافق والحاجة الفعلية للدراسة، كالمثابرة والتحصيل والمتابعة خاصة في حالة غياب السلطة الضابطة في الأسرة.

ثالثا: قد يكون هناك نوع من التعاطف مع أبناء الشهداء في المدارس مما يجعلهم يواجهون مشكلات في المراحل المتقدمة التي تتطلب مهارات لغوية وجهدا مميزا في العمل لم يتعود عليه في السابق بسبب هذا التعاطف. وتميل الإحصاءات الحيوية المعدة من قبل اللجنة التربوية في المكتب إلى تأكيد هذه النتيجة أيضا (إحصاءات وحدة نظم المعلومات والحاسب الآلي بمكتب الشهيد)، كما يستخلص من الدراسة أن البنات أوفر حظا من الأولاد دراسيا، ولعل هذه الملاحظة تنطبق على جميع أفراد المجتمع الكويتي وخاصة في المراحل المتقدمة الثانوية والجامعة، ويعزو بعض التربويين هذه الظاهرة إلى صعوبة السيطرة على المراهقين الشباب، في حين تتوفر سيطرة أكبر على البنات خاصة في المجتمعات التقليدية والمجتمع الكويتي ليس استثناء من ذلك، ولعل هذا يشكل هاجسا وقلقا مستمرا للأرملة التي هي أحوج ما تكون إلى مساعدة ومساندة في هذا الجانب.

13. مستوى الرضا العام للعينة

يقصد بالرضا العام في هذه الدراسة مقدار التوافق والتكيف مع الحياة الجديدة بصورة عامة بعد فقد الزوج ورب الأسرة وفي ضوء مسايرة مسؤولية إدارة المنزل

باحتياجاته المختلفة ربّة للأسرة، يرى حوالي 51,7% من أفراد العينة بعد مرور سبع سنوات على حادثة الغزو البغيض، أن لديها شعورا بعدم الرضا عن سير حياتها بصورة عامة، تمثل هذا الشعور بقبول الحياة على مضض وأن الحياة تسير برتابة شديدة وأحيانا لا معنى لها، هذا وقد أظهرت الدراسة أن هناك علاقة بين الدافعية للإنجاز والإقبال على الحياة ووجود الأطفال بالرغم من المسؤولية الجسيمة التي تتحملها الأم الأرملة إلا أن وجود الأبناء يكون لها الدافع إلى التمسك والإقبال على الحياة، وهذه نقطة يجب أن تستثمر بصورة جيدة للخروج من مأزق الزهد والملل الذي تعاني منه أرملة الشهيد، وقد أوضحت الدراسة حول نقطة الارتباط هذه أن وضع الأرملة غير العادي من تحمل المسؤولية وإدارة المنزل اقتصاديا وتربية الأبناء، يرسم نوعا من الخصوصية ويسهم في صقل شخصية الأرملة، إذ إن النجاح أو الفشل ينسب إليها مباشرة، مما يجعلها تضاعف جهدها لإثبات الذات على أقل تقدير، وهذا لا ينفي أنه ومن الجائز جدا أن تستسلم الأرملة لهذه الضغوطات، ويفلت زمام الأمور منها، كما حصل في حالات كثيرة، مما أدى إلى انحراف الأبناء بصورة غير مرضية تماما، فقد وافق على أن للإنجاز أهمية وطعما خاصا في حياتهن في ضوء الحياة الجديدة والمسؤولية حوالي 6.75% من أفراد العينة، بمعنى أن ثقل المسؤولية يزيدهن حماسا، وبسؤال العينة عما إذا كانت هناك علاقة بين هذه الدافعية إلى الإنجاز تجاه الأبناء والشعور بالذنب من أن الأبناء محرومون من آبائهم، وافق على هذا الطرح حوالي 91,5% من أفراد العينة Coefficient Correlation وهذه من النقاط الهامة في الدراسة إذ إن استثمار الدافعية إلى الإنجاز قضية مهمة جدا إلا أنها يجب ألاّ تأتي على حساب تربية الأبناء، بمعنى الاتجاه إلى التدليل الزائد للأبناء والتورط في نتائج تربوية وانعكاسات على السلوك والشخصية قد تكون وخيمة ولا تحمد نتائجها في المستقبل.

14. زواج الأرملة مرة أخرى

بالرغم من الأهمية الكبيرة لموضوع الزواج في حياة الأرملة، لما له من دور في سد نقص دور الأب في الأسرة ودوره في تربية الأبناء ورعاية احتياجات الأسرة، بالإضافة إلى تعويض الإشباعات والاحتياجات النفسية والبيولوجية والمادية، بالرغم من كل ذلك إضافة إلى صغر سن الأرامل في الغالب إلا أن نسبة

من تزوجن يمثل حوالي 18,13% فقط خلال السنوات السبع السابقة أي حوالي 37 حالة من أصل أكثر من 200 حالة. وتشير الدراسة إلى أن الرغبة في الزواج متوفرة لدى عدد لا بأس به من العينة إذ يصل إلى أكثر من النصف كما أن العينة ترى أن هناك مصلحة للأبناء في هذا الزواج إلى حد ما ويؤمن حوالي 40% ممن أجريت عليهن الدراسة أن الزواج حق شرعي لهن ويسير في مصلحتهن.

هذا وإن البيئة الاجتماعية تشكل عائقا فعليًا أمام رغبتهن في الزواج مرة أخرى سواء من الأهل أو الأبناء كما تشير الاختبارات الإحصائية (r = 18;p08). Coefficient Correlation إلى أن نسبة كبيرة منهن تصل إلى حوالي 59% لا تفضل الخوض في هذه الفكرة، ومن ثم يمكن تلخيص الأسباب بناء على تحليل الدراسة كالتالي.

15. تحليل الدراسة

أولا: إن فكرة الارتباط برجل آخر تشكل حاجزا نفسيا كونه أمرا غير مقبول للأبناء خاصة الذكور منهم إذ تكون غيرتهم على الأم كبيرة من أن يأخذ رجل غريب مكان والدهم.

ثانيا: صعوبة مقاومة رغبة أهل الشهيد في الحفاظ على الأمور كما هي، وأن الزواج من رجل آخر فيه نوع من عدم الوفاء لذكرى الشهيد.

ثالثا: خوف الأم والأهل على مصلحة الأبناء من سوء معاملة الأب الجديد وخاصة البنات منهم.

رابعا: إن سلبيات التجربة السابقة قد تخلق نوعا من ردة الفعل السلبية عند الأرملة تجاه تكرار تجربة الزواج نفسها مرة أخرى.

خامسا: وفاء الأرملة لذكرى الشهيد ومحاولة عدم المساس بها وبقدسيتها ذكرى لجميع أفراد العائلة، وهذا لا يعني أن الزواج مرة أخرى فيه عدم وفاء لشخص الشهيد.

سادسا: إن هناك نسبة من الأرامل لا تسمح أعمارهن بالارتباط مرة أخرى وهي تمثل حوالي 20% من أرامل الشهداء في الوقت الحاضر.

سابعا: إن القراءة المتأنية لقوانين الأحوال الشخصية خاصة ما يخص موضوع الحضانة والتأمينات الاجتماعية وقانون الإسكان قد تلعب دورا أساسيا في عزوف الأم الأرملة عن التفكير في الزواج

مرة أخرى، إذ يرى قانون الأحوال الشخصية (قانون 51 لسنة 1984) أنه إذا تزوجت الحاضنة بغير محرم للمحضون ودخل بها تسقط حضانتها، ففي حالة زواج الأرملة من شخص غريب، ورفعت قضية حضانة من أهل الشهيد على سبيل المثال، فللحفاظ على أبناء الشهيد من الاختلاط برجل غريب خلال سنة من الزواج، يسقط حق الأم في حضانة الأبناء تلقائيا، ويترتب على ذلك سقوط حقها في الراتب التقاعدي من التأمينات الاجتماعية (قانون التأمينات الاجتماعية رقم 61 لسنة 1976) ويؤول راتب الأبناء إلى الحاضن الجديد، كما يسقط حقها في الاستمتاع بالسكن (قانون الإسكان رقم 47 لسنة 1993)، ومن هنا نستطيع أن نستدرك أن أكبر المتضررين هي الأرملة من جوانب مادية ومعنوية، وأن أكثر المستفيدين هم أهل الشهيد، وهي عملية تتم إما لمصلحة الأبناء أو تشفيا من الأم الخارجة عن طاعتهم بزواجها من رجل غريب، كما أنها فرصة قد لا تفوتها كثير من الأسر على الأرملة، وبحسابات بسيطة في الربح والخسارة، سنجد أن التفكير في الموضوع يبدأ بخسائر معنوية كالصراعات العائلية بين الأم والأبناء والأم وأهل الزوج الشهيد، وخلق جو اجتماعي ونفسي متوتر، وينتهي بخسائر مادية قد تكون باهظة ومكلفة في المستقبل على الأم الأرملة خاصة إذا لم يصاحب النجاح الزيجة الجديدة.

16. معاملة الأرملة للأبناء

إن الدراسة تشير إلى أن الأرملة تعيش حالة تأنيب ضمير تجاه الأبناء لكونهم محرومين من رعاية الأب وضرورة وجوده معهم، وهذا الشعور ولّد لدى الأمهات نمطا من التنشئة قائما على التدليل المفرط في المعاملة وتوفير الاحتياجات إلى القسوة الزائدة أحيانا أخرى ردة فعل ناتجة عن التخوف من أن تفلت الأمور الضبطية من يدها، ولعل هذا يعود بنا إلى التساؤل التالي وهو: ما هو تأثير غياب الأب سلطة ضابطة على تربية الأبناء؟.

17. غياب الأب سلطة ضابطة في الأسرة

إن الدراسة تفترض أن هناك علاقة بين انحراف الأبناء وغياب السلطة الضابطة في الأسرة، وتؤكد النتائج أن أبناء الشهداء، بالرغم من وجود عدد لا بأس به من المتفوقين دراسيا الذين يمثلون حوالي 12,4% من مجمل الطلبة

المسجلين في المدارس أبناء لهذه الفئة، لديهم نسبة تفوق النسبة الأولى ممن يعانون من مشكلات دراسية وسلوكية ملفتة للنظر إذا ما قيست بالمعدلات الطبيعية لوجود المشكلات في البيئات الأخرى المشابهة، ويدل على ذلك انخفاض المستوى الدراسي لعدد كبير منهم، إذ رصد البحث من هم بحاجة إلى مساعدة في الدراسة يصل إلى 44% من مجموع الطلبة، وتتلخص أغلب مشكلاتهم الدراسية في موضوعات كالتسرب الدراسي وكثرة الغياب والانشغال عن الدراسة وعدم تنظيم الوقت والتأخر الدراسي خاصة في المراحل المتقدمة (الثانوية العامة)، كما أن التقارير الصادرة عن مركز المعلومات بمكتب الشهيد تشير إلى أن 67% من مجهودات الباحثين الميدانيين تتجه إلى مشكلات الأبناء وخاصة من هم في سن المراهقة، وإن هناك مشكلة كبيرة تواجه هذه الأسر وهي ضعف السلطة الضابطة التي تعتبر أحوج ما يكون لها في مثل هذه الأوضاع، ومن الملاحظ أيضا انتشار هذه الظاهرة بين الأبناء أكثر منه لدى البنات، كما تدل الدراسة على أن أغلب المشكلات تنتشر بين الأسر التي تكون فيها الأم قليلة التعليم ومن مستوى اقتصادي ضعيف نسبيا، كما تنتشر بين الأمهات اللاتي لا يعملن خارج المنزل، وقد يعود ذلك إلى قلة خبراتهن في مجال التربية وما يلاقيه الأبناء من مشكلات خارج المنزل، في المدرسة والنادي والحي والأصدقاء والسفر خارج البلاد، هذا بالإضافة إلى ضعف تتبع وسائل التربية الحديثة في مثل هذا العالم المتسارع علميا في وسائل الاتصال.

إن غياب النموذج التربوي المرتبط بشخص الأب قد يجعل الابن أو الابنة فريسة للتعويضات التي يختارها بديلا مثل الأصدقاء والأقارب غير الحريصين على مصلحته مباشرة، ولعل هذا يعزز فكرة برنامج الأخ الأكبر الذي تبناه مكتب الشهيد في الآونة الأخيرة، وكذلك حسن اختيار الأقارب الحريصين على الأبناء والتدخل لإكساب الأبناء مهارات خاصة في اختيار الأصدقاء لما لهم من تأثير على سلوك الأبناء بصورة مباشرة.

18. الدافعية للإنجاز لدى أبناء الشهداء

لقد افترضت الدراسة كما افترضت دراسات أخرى (**ايسن ستات وآخرون 1987**) أن أبناء الأسر ذوات العائل الواحد والصعوبات التي يمرون بها يخلق نوعا

من التحدي اليومي لهم، مما يزيد من دافعيتهم للإنجاز خاصة في مجال الدراسة وذلك كنوع من إثبات الذات وتدعيم القدرة على مواجهة هذه الصعوبات، وبالرغم من ارتفاع درجة التميز الدراسي بين أبناء الشهداء إذ تصل إلى 12,4% وهو أعلى من المعدلات العادية في الأسر الأخرى، أن الدراسة وعلى مقياس T-TEST لا تشير إلى وجود مثل هذه العلاقة، ولعل هذا التميز يعود لأسباب أخرى مثل ضعف معايير التقدير للاختبارات خاصة في المراحل الأولى من الدراسة، وقد يكون هناك نوع من التعاطف مع هذه الفئة من الطلبة من قبل المشرفين على عملية التعليم (كونهم فئة أبناء شهداء) وهذه فرضية لا يمكن التسليم بها على أية حال حيث لا تتوفر لنا دلالات دامغة على ذلك.

ومهما كان الأمر فلا بد من الاستمرار في تبني المتفوقين ورعايتهم وتدعيمهم والأخذ بيد المتعثرين منهم في برامج متخصصة في ذلك.

19. الخلاصة والتوصيات

إذا كانت الدراسة قد تناولت موضوع النساء المعيلات للأسرة في حالة غياب الأب وركزت على نموذج أسر الشهداء كونها عينة يمكن دراستها ميدانيا، إلا إن هذا لا يعني أنهن الوحيدات اللاتي ينفردن في هذا الموضوع، إن قضية رعاية الأسرة من طرف واحد وخاصة رعاية النساء للأبناء وإدارة المنزل، أصبحت من القضايا العامة المنتشرة ليس في المجتمع الكويتي فقط بل هي ظاهرة عالمية تقريبا، إذ يشترك فيها الأرامل بجميع أسباب الترمل والمطلقات وذوي الأسرى والمفقودين وأولياء الأمور الذين يواجهون أحكاما قضائية...الخ والأهم من ذلك قطاع كبير من أولياء الأمور ممن أهملوا مسؤولية المنزل والأبناء وتركوا العبء على المرأة لتتولى شؤون الأسرة والعمل خارج المنزل وتربية الأبناء، ولعل هذا امتدادٌ سلبيٌ لمفهوم العادات والتقاليد، إذ إن التطورات الجديدة التي طرأت على المجتمع الكويتي مثل خروج المرأة الكويتية للعمل، وتبوؤها المناصب القيادية وزيادة نسبة المتعلمات والانفتاح الإعلامي الكبير لم يعفها من واجباتها التقليدية وهو أن «مكان المرأة الحقيقي هو المنزل» وعليها تقع جميع مسؤولياته.

إن موضوع معاناة المرأة وانفرادها في إدارة المنزل بسبب غياب دور الأب جزئيا أو كليا طواعية أو جبرا أكبر من أن يناقش في دراسة أو ندوة، وكأن هناك

تقبلا اجتماعيا يحمل الكثير من الخطورة في أن أصبح من أدوار المرأة الأساسية تربية الأبناء وتعليمهم وترفيههم ورعايتهم وعلاجهم وكذلك العمل خارج المنزل، يضاف إلى ذلك كله اتكال الرجل عليها في أعمال كانت تسند إليه وتعتبر من صلب عمله مثل تصليح السيارة وشراء مستلزمات المنزل الأساسية مثل مواد البناء والإعمار.

إن الدراسة نجحت في رصد معاناة الأرملة، وهي إحدى الفئات التي تعاني من غياب دور الأب «الشهيد» وعليها مسؤولية تحمل أعباء إدارة المنزل اقتصاديا واجتماعيا وتلبية احتياجات الأبناء تحت ظروف قد لا تكون طبيعية مقارنة بالفئات الأخرى نظرا للغياب الكامل لدور الأب (ظروف الاستشهاد).

إن المسح الديمغرافي للعينة يصور لنا أن عينة الأرامل أغلبهن من صغيرات السن وغير متزوجات، إذ بلغ متوسط أعمارهن حوالي 36 سنة وقت إعداد الدراسة، كما أن حوالي 21% منهن يقمن على رعاية أكثر من 6 أبناء، وتمثل نسبة من تزوجن منهن 18% فقط من أصل العينة. إن البيانات الأولية للدراسة تشير إلى وجود علاقة بين حجم العائلة (عدد الأبناء) وانخفاض مستوى التعليم للأرملة، إذ إن معدل من هن أقل من مستوى الثانوية العامة يصل إلى 61%.

إن انخفاض مستوى التعليم وصغر سن نسبة كبيرة من الأرامل يعني أن تكون البرامج التأهيلية والعلاجية ذات طبيعة تتوافق وهذا المستوى مثل برامج إكمال الدراسة التأهيلية والعلاجية مثل السكرتارية والتمريض والمهن الإشرافية (وهي التي لا تتطلب وقتا وجهدا كبيرين للتأهيل) وتنمية المهارات الفردية التي تيسر التعامل مع معطيات الحياة الجديدة، وبرامج إدارة المنزل اقتصاديا (يوجد حوالي 17,2% هم بحاجة مادية بصورة حرجة نتيجة لسوء استخدام الدخول، كما أن هناك نسبة كبيرة جدا تصل إلى 37,3% تسعى للحصول على دخل إضافي للأسرة) قد زرع في النفوس مبدأ الاعتماد على النفس وعدم الاتكال على المساعدات الحكومية (يصرف راتب الشهيد كاملا للأسرة كما لو كان يعمل حاليا) واحترام مبدأ العمل وقيمته والمشاركة، واحترام الدور الاجتماعي الذي تقوم به، وتقوية روابط الأسرة وتعزيز دورها.

إن لوجود الأبناء دورا هاما وأساسيًا

في حياة الأرملة، فقد أوضحت الدراسة أن موضوع الأبناء يشكل حجر الزاوية فيما ترسى وتصاغ عليه حياة الأرملة في الحاضر والمستقبل، فالنجاح والفشل في الحياة مرتبط بنجاحها أو فشلها في تربية الأبناء، وبما أن معظم العينة ممن يرعين أبناء وبأعداد كبيرة كما أوضحنا سابقا (90% لديهن أبناء وحوالي 21% يرعين أكثر من ستة أبناء) لهذا يجب أن يراعى في تصميم البرامج المختلفة سواء أكانت تأهيلية أم ترفيهية أو ثقافية أن تشمل أفراد الأسرة بكامل علاقاتها والتزاماتها، والتركيز على البرامج ذات العلاقة المباشرة بمشكلات التعامل والتفاعل مع الأبناء، (تشير الدراسة إلى أن حوالي 46,8% يرين أنهن يرغبن في الحصول على مساعدة تعينهن في تربية الأبناء) وتقترح الدراسة أن تكون البرامج متركزة في حدود المشكلات التالية:

1. مشكلات تتعلق بالدراسة والجوانب التربوية مثل: التسرب من التعليم، والتأخر الدراسي، وضعف المتابعة الأسرية في المدرسة، (التعاون بين البيت والمدرسة)، وعدم الانتظام في الدراسة، وتنظيم أوقات العمل والترفيه.
2. إن أطفال سنة الغزو (أغسطس 1990) هم مراهقون وقت إعداد هذه الدراسة، وبهذا فإن نسبة المراهقين تصل إلى حوالي 28% من الأبناء في الوقت الحالي ، ومن المتوقع أن يتضاعف هذا الرقم خلال السنوات الثلاث القادمة، وتوصي الدراسة بأن يكون هناك تكثيف على برامج سن المراهقة والتزاماتها وكيفية التعامل معها كونها من أخطر المراحل العمرية على الجنسين.
3. مشكلات تتعلق بالعمل خارج المنزل: بالرغم من أن الغالبية العظمى من العينة من غير العاملات إلا أن برامج التأهيل المستمرة والضغوط الاقتصادية المتوقعة بالإضافة إلى زيادة الدوافع المعنوية كإثبات الذات والاعتماد على النفس وشغل وقت الفراغ ستدفع بمجموعة لا بأس بها إلى العمل خارج المنزل في الوقت القريب القادم، هذا بالإضافة إلى من هن عاملات حاليا، ولا بأس من إعداد البرامج والحلقات النقاشية لتوجيههن إلى أنماط الأعمال التي تتفق وحاجتهن وإمكانياتهن في ظل الظروف التي يحيينها، مثل عملية التوفيق بين التزامات المنزل والعمل الجديد.

4. مشكلات مرتبطة بزواج الأرملة مرة أخرى: تشير الدراسة إلى أن نصف حجم عينة البحث ترى أن فكرة الزواج مرة أخرى فكرة جيدة ولا تمانعها على اختلاف الأعمار، إلا أن حوالي 83% يجدن صعوبة في التطبيق بسبب وجود الأبناء بالإضافة إلى عوامل أخرى، ولعل هذه القضية إذا لم تعالج بطريقة علمية فإن الحال سيكون أشبه بالصراع بين الحاجات الأساسية للأرملة والالتزام الذي لا تجد مفرا من مواجهته، وهذا قد يخلق نوعا من عدم التوازن النفسي داخل الأم كونها تفني حياتها خدمة للأبناء، أو أن سعادتهم مبنية على تعاستها جزئيا أو كليا مما يولد شعورا بعدم الرضا عن الحياة.

5. مشكلات متعلقة بضعف المشاركة بالدورات وأنشطة المكتب الثقافية والعلمية أو الترفيهية...الخ، إن توفر الرغبة في المشاركة لا يكفي بحد ذاته، إذ مازالت معدلات مشاركة الأرامل في برامج مكتب الشهيد بالرغم من الإعداد الجيد لها يعتبر ضعيفا ولا يرقى إلى مستوى الطموح المتوقع لدى القائمين على هذه البرامج، وتحصر الدراسة أهم هذه الأسباب التي باتت مركزة في الارتباط بحاجة الأبناء والتزاماتهم اليومية، وقد أشارت الدراسة إلى أهمية التركيز على البرامج التي تأخذ بالاعتبار الاحتياجات الفعلية لجميع أفراد الأسرة على أنها كل متكامل.

6. مشكلات مرتبطة بالتذبذب في معاملة الأبناء: فقد أوضحت الدراسة أن حوالي 83% من الأمهات يقعن في حالة تعاطف شديد يصل إلى درجة الشعور بالذنب في التعامل مع أبنائهم، وينظرن إليهم على أنهم أيتام حرموا من عطف الأب ورعايته، وهذا يوقعهن في شرك الإفراط في التدليل أو القسوة الزائدة أحيانا، وهذا التذبذب في المعاملة قد يولد سلوكا سلبيا في الأبناء متمثلا بالانسحاب أو التمرد على السلطة الضابطة في المنزل، أو تدعيم سلوكيات كالاتكالية، وحب الذات، وصور عدم الالتزام بصورة عامة، وعدم احترام العمل وضعف جانب الاجتهاد...الخ، ولهذا يجب أن تتوفر برامج لإخراج الأم من دائرة الشعور بالذنب والاعتدال في التعامل مع الأبناء مثل البرامج الاجتماعية الخاصة بالسلوك

الإنساني والنظريات التربوية في التعامل مع الأبناء.

7 . مشكلات مرتبطة بالجانب القانوني: إن توفر الرعاية القانونية له ما يبرره في حالة وجود أبناء خاصة فيما يتعلق بموضوع الإرث وحقوق الحضانة ورعاية شؤون القصر والإسكان، وتشير نتائج الدراسة إلى أن هناك حاجة ماسة بين أفراد العينة تصل إلى 18,5% واحتياجات بين فترة وأخرى تصل إلى حوالي 29,8% ولعل هذا يفتح المجال أمام برامج مقترحة فعلا في الخطط القادمة لمكتب الشهيد مثل (الخط الساخن) الذي يتيح فعلا ضمن خدماته توجيها قانونيا لطالب المساعدة للحصول على إجابات سريعة أو توجيهات قبل أن يقع في المحظور القانوني، خاصة فيما يتعلق بموضوع الإرث والوصاية والإسكان.

8 . أما على المستوى الشخصي لأفراد العينة، فقد أثبتت الدراسة من خلال استجابات العينة أن عددا لا بأس به من الأرامل يعشن في مستوى نفسي يمكن أن يوصف بأنه سيئ، إذ تشير الإحصاءات إلى أن 36% يشعرن بالوحدة و24% غير مطمئنات للمستقبل و17% يعانين من القلق والتفكير الزائد على الحد. وبصورة إجمالية فإن حوالي 51,7% غير راضيات عن حياتهن، وأن حياتهن لا معنى لها، ولعل هذا الشعور النفسي المضطرب قد ينعكس على الأبناء بصورة مباشرة، ولذا فإن الدراسة توصي بتكثيف البرامج النفسية خاصة تلك المتعلقة بالذات الإنسانية وبرامج مواجهة الأزمات والضغوط النفسية المترتبة على الخوف من المسؤولية وتدعيم شعور التفاؤل في الحياة والإقبال عليها وتدعيم الثقة بالنفس.

إن الدراسة تشير إلى واقع العلاقة المتميزة بين أفراد العينة ومكتب الشهيد، ويقدرون الدور الكبير الذي لا غنى لهم عنه، ولعل هذه المحصلة لم تأت مصادفة أو بصورة عشوائية إنما جاءت كمحصلة للجهود الصادقة المقدمة من جميع العاملين دون شك. إن الدراسة العلمية لا تقبل المحاباة والمجاملة، وفي المقابل لا بد من ذكر الحقائق كما جاءت، وإذا كانت هذه الاستجابات صحيحة، وقد تمثلت بحوالي 82% من الرضى العام عن هذه العلاقة وأهمية الخدمات، فإن على مكتب

الشهيد والقائمين عليه مهمة أكثر صعوبة، تتمثل في جانب الاستمرار في العطاء وبنفس الروح والاستثمار الفعلي لهذه المشاعر عن طريق إعداد أسر الشهداء للاعتماد على نفسها في المقام الأول، على أن يقتصر دور المكتب على تقديم الرعاية المختلفة لمحتاجيها، إن الأمر يحتاج إلى إيجاد فلسفة من شأنها إعادة سرعة تكيف أسر الشهداء للاعتماد على نفسها في إدارة شؤونها في المقام الأول قدر الإمكان لما لهذه الخطوة من أهمية بالغة في صنع الدرع الواقي لها مما تتعرض له في المستقبل من معضلات (علمني كيف أصطاد السمك ولا تعْطيني سمكة كل يوم...مثل صيني)، وطريق توفير البرامج التأهيلية وتقليص دور الرعاية التي تأخذ شكل المساعدات العينية المباشرة (مثل تقديم المساعدات المالية وإنجاز المعاملات والتدخل المباشر في الأمور الحياتية اليومية...الخ) باستثناء من هم بحاجة فعلية لهذه المساعدات.

إن النجاح الحقيقي هو في أن نجعل المعيل غنيا عن المساعدة معتمدا على ذاته في تصريف أموره، لا أن نزيد من اعتماده على رعاية الآخرين، وهذا مالم نلمسه من استجابات العينة بل أن الواقع يشير إلى أن هناك مطالبات متزايدة من المستفيدين من خدمات المكتب مما يزيد في الاعتقاد إلى أن الأمور تسير في الاتجاه المعاكس حيال هذا الموضوع، بالرغم من توفر حسن النية في تقديم المساعدة، إن مفاهيم مكتب الشهيد وأهدافه ومبادئه التي يحرص على تأسيسها في أذهان المستفيدين بطريقة أو بأخرى يتضح أنها تأخذ شكل منافع مباشرة في أذهان المستفيدين، وأن الحياد عنها أو الإقلال منها يعتبر قصورا يجب أن يحاسب عليه القائمون على مكتب الشهيد، ولعل هذا يرصد لنا مقدار الفجوة في فهم الأهداف ووضوحها بين القائمين على التنفيذ والمستفيدين.

وأخيرا فإن هذه الدراسة لا يمكن أن تكون الأولى والأخيرة لهذه الفئة من المجتمع، ممن هن بحاجة إلى مراقبة مجهرية علمية دقيقة تعينها على مواجهة الحياة بأسلوب متميز، وهذا أقل مما تستحق.

المراجع العربية

1. بدر العيسى، النساء المعيلات للأسرة، دراسة مقدمة للمؤتمر العالمي للمرأة، بكين، سبتمبر 1995.
2. يحيى الحداد، الأسرة والطفولة، المؤتمر الإقليمي الرابع للمرأة في الخليج والجزيرة العربية، ديسمبر 1986، الكويت.
3. جريدة القبس، العدد 8234، الإثنين، 96/5/27.
4. وحدة نظم المعلومات، الديوان الأميري، مكتب الشهيد، ابريل 1997.
5. لبنى القاضي، العام الدولي للأسرة، دور المجتمع في دعم ورقي الأسرة، رابطة الاجتماعيين، الكويت، 1994.
6. بشير الرشيدي، العام الدولي للأسرة، أثر العدوان العراقي على الأسر الكويتية، رابطة الاجتماعيين، الكويت، 1994.
7. عيسى جاسم، العام الدولي للأسرة، مجموعة محاضرات الموسم الثقافي الواحد والعشرين، رابطة الاجتماعيين، الكويت، 1994.
8. التقرير الإحصائي السنوي العام، إنجازات الهيئة العامة لشؤون القصر في الكويت 1996.
9. الدراسات والندوات والمحاضرات المقدمة للاتحاد الكويتي للجمعيات النسائية، الكويت، ديسمبر، 1996.
10. عبد المنعم شحاتة محمود، الاتجاه نحو عمل المرأة خارج المنزل: مقارنة بين التسلطيين وغير التسلطيين، مجلة العلوم الاجتماعية، المجلد السابع عشر، العدد الثالث، خريف 1989، جامعة الكويت، الكويت.
11. عبد الوهاب الظفيري، دراسة ميدانية لاستطلاع رأي المرأة الكويتية في مجال العمل خارج المنزل، مجلة دراسات الخليج والجزيرة العربية، العدد 80، شتاء 1996، الكويت.
12. مصطفى تركي، الدافعية للإنجاز عند الذكور والإناث في موقف محايد وموقف منافس، مجلة العلوم الاجتماعية، صيف 1988، الكويت.
13. وحدة نظم المعلومات، الدراسات والبحوث، الديوان الأميري، مكتب الشهيد، دراسة استطلاعية لقياس رأي أرملة الشهيد حول أوجه الرعاية والأنشطة التي يقدمها مكتب الشهيد، أكتوبر 1997.

المراجع الأجنبية

1. Bailey, M., Single Parent Families, Simon& Schuster Pup. N.Y. 1991.
2. Burge, P.L., Career Development and single Parents. Information Series, No. 324 ERIC clearing House on Adult, Career and Vocational Education Columbus, Ohio, U.S.A, 1987.
3. Chase, R.A., et. Al., Single Parent Families: A Need Assessment Survey of Single Parent. Ramsey country, Minnesota, Amherst H. Wilder Foundation St. Paul Mn. U.S.A, 1988.
4. Kerka, S., Single Parent, Career Related Issues and needs. ERIC Digest No.ñç, ERIC clearing house on adult, Career Vocational Education, Columbus, Ohio, U.S.A, 1988.
5. Kissman, K.& Allen, Journal of Single Parents Families, Sage Pub.. Cal. U.S.A., 1993.
6. Marvin Eisenstadt and others. Parental loss and Achievement International Univ. Press, U.S.A., July, 1987.

المناقشات والتعقيبات

د. نوريه الخرافي:

شكرا لكم وبصراحة لقد استمتعت جدا بالبحث، لكن هناك بعض الملاحظات:

أولا: أشرت في البحث عن فئة الزوجات المعيلات اللاتي أعمارهن مابين (20-30) سنة فهل يعني ذلك أنهن كن متزوجات قبل سبع سنوات. علما بأن قانون الأحوال الشخصية يحدد سن الزواج للبنت 15 سنة وللرجل 17 سنة فهل يعني ذلك أن الزوجة المعيلة التي عمرها 20 سنة الآن أو في وقت إجراء البحث قد تزوجت وعمرها 13 سنة؟ أرجو توضيح هذه النقطة.

ثانيا: النقطة الثانية وهي خاصة بالحضانة، فقد أشرتم إلى عدم رغبة الزوجات المعيلات في الزواج مرة أخرى خوفا من انتقال حضانة الأبناء إلى الأب أو أسرته في حين أن الحضانة تنتقل بعد الأم إلى الجدة أو الخالة، وتظل في جهة الأم لسابع درجة، فهل لدى مثل هؤلاء الزوجات هذه المعلومات؟

ثالثا: يخيل إلي، لو كانت هناك مقارنة بين هؤلاء المعيلات ونساء أخريات وإن لم يتزوجن أو كنَّ متزوجات وتعيسات أيضا، لأن الوحدة هي شعور قد لا تحس به الأرملة إذا كان هناك شيء يملأ فراغها، فهل الترمل هو السبب المباشر؟ أم أن هناك أسبابا أخرى للشعور بالوحدة والتعاسة التي يمكن أن تشعر به أي إنسانة وإن لم تكن أرملة؟.

د. لولوه حماده:

النقطة الأولى: حول موضوع السن بالنسبة للزوجات المعيلات أعتقد أن هذه الملاحظة لفتت نظر الكثير.

النقطة الثانية: وهي خاصة بالمشاعر التعيسة لدى الزوجة المعيلة حبذا لو أجريت دراسة مقارنة بين أسر أخرى لا يوجد بينها المعيل الواحد، إذ يمكن الخروج بنتائج هامة، ذلك أن من خبرتي في الإرشاد النفسي لاحظت أن هذه المشاعر التعيسة التي ذكرت في البحث موجودة بل ومتفشية في كثير من الحالات الأسرية العادية التي عملت معها، وهي أسر متزوجين، بالإضافة إلى أن

المظاهر السلبية التي يعاني منها الأبناء أو الزوجة المعيلة قد تحدث قبل حالة الشهادة أو الوفاة وتستمر إلى ما بعد ذلك كحالات التأخر الدراسي وخلافه.

د. نضال الموسوي:

أعتقد أن هذه الدراسة تنطبق على المجتمعات الغربية أكثر من المجتمعات الخليجية والمجتمع الكويتي، وأنا لا أعتقد أن الأرملة في مجتمعنا تشعر بالوحدة، وأنا أتساءل: أين دور الأعمام؟ أين دور الأخوات؟ وأين دور والد أو والدة الزوجة، أعتقد أن هؤلاء جميعا يسهمون في تربية الأبناء وفي مساعدة الأسرة، وأعتقد أن الأرملة في مجتمعنا الكويتي لا تحس أنها وحدها في القيام برعاية الأبناء وتربيتهم.

د. طلعت منصور:

أشكركم على هذا البحث القيم وقد استفدت كثيرا من هذه الدراسة لكن هناك بعض النقاط التي أود أن أثيرها:

النقطة الأولى: ما ورد في ص 14 من علاقة الأم والأسرة ذات العائل الواحد بمكتب الشهيد فقد ورد معدل عالٍ جدا لهذه العلاقة، وهو 80% وهذا يدل على علاقة وارتباط كبير بمكتب الشهيد بما يمكن أن يؤدي إلى نمو السلوك الاعتمادي على الآخرين، وهذه نقطة يجب أن تكون موضع اعتبار في مجال التأهيل، ذلك أن العلاقة المهنية ينبغي أن تنفك أو تتضاءل، وأن نموها أو تزايدها يعني أن هناك علامة استفهام سالبة.

النقطة الثانية: أن هناك تغييرا لا بد أن يحدث خلال فترة الأسر أو بعد الاستشهاد وخاصة لدى الزوجات اللاتي من المتوقع حدوث نمو لهن في المهارات الاجتماعية والاقتصادية...الخ، وأعتقد أن موضوع النمو والتغيير ينبغي أن نهتم به خاصة في مجال تأهيل الأسر ذات العائل الواحد.

النقطة الثالثة: في بحث أجري على زوجات الشهداء في الحرب العراقية الإيرانية 1989 اتضح أن بعض الزوجات قد تزوجن مرة أخرى جزءا من التوافق وإعادة التأهيل للحياة.

نقطة أخيرة، نود أن يزود البحث ببعض الرسوم البيانية لكي تتم الاستفادة الكاملة من البحث، وشكرا.

د. بدر بورسلي:

الحقيقة أنني أشارك الإخوة الحضور

ثناءهم على هذا البحث، ولديّ نقطتان أود أن أثيرهما:

أولهما: أني استشفت من الدراسة وأرجو أن يصحح لي إن كان هناك أخطاء أنه كما لو كان هناك طابور من العرسان في انتظار هذه الزوجة المعيلة لـ 6 أطفال مع أن الذي أحسه وأفهمه أن الأرملة التي تعول ستة أطفال تعتبر في نظرة المجتمع إليها ومن واقع الحال أن الأمل في زواجها مرة أخرى يعتبر ضعيفا أو معدوما، مع أن ديننا الحنيف أجاز لها الزواج، ويمكنها أن تتنازل عن بعض الأشياء مقابل أن يكون لها عائل.

ثانيهما: أن ما حدث من فقدان بالنسبة للزوجة المعيلة هو في واقع الأمر فقدان عاطفي أو جنسي واسمحوا لي في هذا التعبير لأنه فعلا موجود، فإن كانت هناك أرملة عمرها 20 أو 27 حيث يمتد بها العمر حتى 50 سنة تستطيع بزواجها مرة أخرى أن تعيش حياة عاطفية وجنسية طبيعية.

د. محمود البستان:

في البداية نشكر مكتب الإنماء الاجتماعي على الدعوة لحضور هذه الحلقة وفي ضوء نتائج هذه الدراسة، هناك بعض التساؤلات:

أولا: أي دراسة علمية تناقش يجب أن تكون هناك عينة أساسية للمقارنة بحيث لا نصل إلى التعميم على هذه الفئة.

ثانيا: بالنسبة للتوصيات والاستراتيجيات التي طرحها الأخ الفاضل «الباحث» الخاصة بالبرامج التربوية وبرامج التأهيل والعلاج والترفيه والثقافة والتدريب، والسؤال المطروح:

أين مكتب الشهيد من هذه البرامج؟ وما مدى انعكاساتها على هذه الفئة وعلى أبنائهم المتضررين؟ وحسب إحصائية د. عبد الوهاب 88,5% منهم متخلفين دراسيا، وما درجة ارتباط الصف الدراسي بثقافة الأم؟ وهل تتساوى المتعلمات وغير المتعلمات في هذه النتائج؟

د. راشد السهل:

أود أن أؤكد على أننا لا نستطيع أن نحكم على المعلومات والاستنتاجات التي وردت في الدراسة من جانب واحد وهو أسر الشهداء) فقط وأعتقد أن الدراسة تكون أقوى وأشمل لو قارناها بالمطلقات أو زوجات المسجونين وأسرهم، كما يمكن المقارنة بين

من حصلوا على علاج أو خدمات وبين الذين لم يحصلوا على تلك الخدمات، هذه نقطة هامة، فالمقارنة جدا مهمة.

أ. يحيى صالح:

أشكر الأخ الباحث على عرضه لموضوع الدراسة من حيث الأسباب والنتائج ولدي توصية حول وسائل العلاج وخاصة فيما يتعلق بالتأهيل والتنمية، وأتفق مع الأخ الذي ذكر أن الارتباط بين أبناء الشهداء ومكتب الشهيد سوف ينتهي في وقت ما، ولذلك فإنه ينبغي وضع أسس لترسيخ القيم الدينية وتعميق الوازع الديني، ومن خلال الدعاء كوسيلة من وسائل التأهيل والعلاج ومن خلال ربط الماضي بالحاضر والاقتداء بالنماذج الرائدة من حياة الرسول (ﷺ) خلال سبع وعشرين غزوة كان فيها شهداء وأبناء شهداء، وهم الذين قادوا بعد ذلك الغزوات وفتحوا الفتوحات، أتمنى التركيز على هذا الجانب من العلاج، وجزاكم الله خيرا.

د. عبد الوهاب الظفيري:

الحقيقة أن السبب الأساسي للمشاركة هو الاستفادة من المناقشة والردود وعلى مستوى الحضور المتميز لحضرتكم:

أولا: بالنسبة إلى تساؤل د. نوريه حول الأعمار من 20-30 وأن الزوجة المعيلة تتزوج أو لا تتزوج وهو ما يسمى بعملية تقنين البيانات، نقول إنه حينما نطرح الأعمار من 20-30 فهذه الجزئية لا تعني أنها في العشرين الآن فمن المحتمل أن تكون حين تزوجت كان العمر 23 وكلها تدخل ضمن هذه القائمة.

وبالنسبة لتجربتهم من حيث الوحدة والترمل والمسؤولية والمستوى الدراسي وأن تركزها بهذا الكم قد يعطينا الحق في التساؤل إذا كانت الشريحة تعاني من هذه المشكلة، نحن نتحدث عن تفوق دراسي وصل بالضبط إلى 12,4% تحت ظروف معينة (المرحلة المتوسطة الثانوي) نجد أنهم بحاجة إلى تدعيم في هذا الجانب يصل إلى 44% وهذه مشكلة حقيقة تستحق الذكر.

ثانيا: د. (لولوه) أثارت أيضا موضوع السن أرجو أن أكون قد أجبت عليه وموضوع المشاعر والدراسة المقارنة: حقيقة أنني اكتفيت بما أجرى من دراسات سابقة ولكني أعتقد أن هذه نقطة تستحق الوقوف عندها وتستحق أن

تجرى دراسة مقارنة مع النتائج التي توصلنا إليها، ولاشك أنه من الممكن أن نصل إلى نتائج أفضل من خلال هذه الدراسة المقارنة.

ثالثا: د. نضال: أثارت قضية أن الدراسة ونتائجها تنطبق على المجتمع الغربي حيث نجد فيه ضعف الترابط الأسري في مقابل قوة العلاقات الأسرية في المجتمع الكويتي، ولكني أؤكد مرة أخرى ما أكدته الدراسة بأنه مهما كان وجود الأهل والأقارب فإن تحمل المسؤولية يبقى سلوكا ذاتيا داخل حدود البيت، ومهما كان موجودا من أم تساعد أو عم أو خال يعاون، فعملية التربية والتنشئة عملية مستمرة وتتطلب جهدا كبيرا مستمرا وخاصة فيما يتعلق بالجانب الدراسي، وكذلك موضوع (المراهقة) الذي يحتاج إلى من يعطي المراهق أو المراهقة القدوة والمثل الأعلى والصورة السليمة، وهذا أكبر وأهم من العون المادي سواء كان من العم أو الخال أو الأقارب.

رابعا: د. طلعت منصور وقضية السلوك الاعتمادي: الحقيقة أن هذا الجانب يمثل أحد أعمدة الدراسة الأساسية، ولو رجعنا إلى ص 29 نجد أن الدراسة تتحدث بوضوح ودقة حول عملية الدخول في العلاقة المهنية والخروج منها، بمعنى أن الدراسة تثير كيفية الخروج من هذه العلاقة المهنية، وأنها عملية مهمة ترتكز عليها الدراسة.

كما أوضحت الدراسة زيادة اعتماد هذه الأسر على الهيئات، سواء كان مكتب الشهيد أو غيره، في حين أن قوة الإنجاز مهمة جدا لدى الزوجات، وقد يبدو أن الاعتماد على الهيئات جعل منهن مؤهلات في عملية الاعتماد على النفس والإنجاز.

خامسا: د. بدر بورسلي أيضا أثار موضوع توجه الدراسة، الدراسة عرضت حقائق قد يقبل فيها جانب وقد لا يقبل فيها جانب آخر، هل مكان المرأة هو المنزل أو هو العمل؟ هذه الحقيقية حقيقة جدلية لا نريد أن ندخل فيها، ولكن الدراسة في حد ذاتها لم توجه هذه التوجه ولكنها أعطت بعض المؤشرات لما دلت عليه معطيات الدراسة ممَن كن في مجال العمل أو في غير مجاله.

سادسا: د. محمود بستان: أستاذنا الفاضل أثار موضوع (مكتب الشهيد) وبرامجه ودور هذه البرامج ومقدار نجاحها، لقد قدّم المكتب برامج تأهيلية كثيرة جدا جدا يصعب علينا حصرها في هذا المجال، ولكن مقدار نجاح هذه

البرامج يجب أن يطرح، وكذلك مقدار الاستفادة منها في عملية تأهيل الإنسان واستغلالها لتحقيق أهدافها.

أ. يحيى صالح أيضا تحدث عن قضية هامة وهي حول كيفية إنهاء العلاقة المهنية بين أسر الشهداء والمكتب من خلال العمل على تدعيم الوازع الديني الذاتي وترسيخه، وهذا هو المعمول به الآن، وهي جزئية أساسية من أساسيات التنمية ، وذلك أن يكون الإنسان معتمدا على ذاته لا أن يظل معتمدا على المكتب أو أي إدارة أخرى.

وأشكر لكم حسن استماعكم وجزاكم الله خيراً.



الجلسة الثانية



الجوانب الاجتماعية والنفسية في برامج التأهيل لمتضرري العدوان العراقي على دولة الكويت

رئيس الجلسة : أ. فوزي بورسلي

المتحدث الرئيسي : د. لطيفة الرجيب/ أ. غنيمة الخميس

البحث

مقدمة وتمهيد

تواصلا للحلقات النقاشية السابقة حول موضوع كارثة الغزو والعدوان العراقي على دولة الكويت التي تبناها مكتب الإنماء الاجتماعي منذ عام 1992 وحتى اليوم تدور جميع المواضيع والمحاور حول مجموعة من القضايا الخاصة والأبعاد النفسية والاجتماعية وآثارها على الأسرة والفرد والمجتمع الكويتي، ولقياس مقدار هذه الآثار السلبية ومقدار تفاعلها على مدى أكثر من ست سنوات من حدوث الكارثة التي لم يشهد القرن العشرين لها مثيلا، ولم يكن في الحسبان لأي راصد للأحداث العربية والعالمية أن تحدث هذه الكارثة التي هدمت البنية الأساسية للمجتمع كله والبنية الداخلية في نفوس أهل الكويت والمقيمين بهذه الأرض الطيبة. ولقد تشعبت الأبعاد والقضايا وتناول الكثير من العلماء الأفاضل والمفكرين والدارسين من الكويتيين والعرب والأجانب من الأصدقاء وغيرهم كل الجوانب المتصلة بهذا الموضوع نفسيا واجتماعيا وبيئيا وسياسيا واقتصاديا ومهنيا دوليا وعربيا وإقليميا، وكانت هناك مداخلات ونقاشات ووجهات نظر كثيرة وأطروحات علمية نظرية وميدانية، كانت مكثفة في جوانب وقليلة في جوانب أخرى. ولكن، على سبيل المثال، لم يتطرق أحد إلى آثار العدوان على الفئات الخاصة شريحة من المجتمع، وهم كبار السن، المعاقون، الأطفال مجهولو الوالدين، الأحداث، وغيرهم من الفئات الأكثر تضررا من غيرهم وإن كان هناك بعض المحاولات لرصد نتائج الندوات على هذه الفئة من

بعض المؤسسات المعنية بهم حكومية أو أهلية إضافة إلى بعض الأطروحات في مؤتمرات دولية معنية أو متخصصة في حينها وأيضا كانت من المتعاملين مباشرة مع هذه الفئات، ونحن في هذا البحث المكتبي نحاول أن نضع بعض التصورات والاقتراحات حول موضوع التأهيل الشامل لمتضرري آثار العدوان بصفة عامة والفئات الخاصة منهم بصفة خاصة وإثبات تجربة حدثت في الواقع لهذه الفئات وذلك لإثباتها حالة وقعت فعلا وأحداث حدثت لهذه الفئات أثناء الغزو الغادر على دولة الكويت مستفيدين من بعض المواقف والحلول التي حدثت بتلقائية وملقين الضوء على الأبعاد الاجتماعية والنفسية لهذه الفئات استكمالا للحلقات النقاشية التي دارت حول الآثار الناتجة عن العدوان الغادر التي طالت جميع فئات المجتمع الكويتي من أفراد أسوياء وغيرهم من الفئات الخاصة. وإذا كانت هناك إعاقات مستمرة نتيجة للحروب فإننا في حاجة إلى حصر وإيجاد بعض المفاهيم والمصطلحات العلمية المتداولة دوليا وعلميا حول الإعاقة بكل أبعادها، وقد حصرنا بعض المصطلحات العلمية الحديثة التي حصلنا عليها من مكتب المتابعة لمجلس وزراء العمل والشؤون الاجتماعية لدول مجلس التعاون لدول الخليج لنضعها أمام الباحثين في مجالات التأهيل الشامل (الطبي والنفسي والمهني وغيرها من المصطلحات التي يمكن أن تساعد في تقييم برامج اجتماعية ونفسية ومهنية موجودة فعلا، أو تعطي مجالات جديدة في وضع الاستراتيجية العامة للتأهيل والتنمية التي هي شعار وهدف عام لهذه الحلقة. وانطلاقا من تكامل الجهود المبذولة في جميع الميادين الاجتماعية والنفسية والعلمية والثقافية والمهنية التي تناولت الكثير من مواضيع التأهيل على مستوى الفرد أو الأسرة أو المجتمع، ولحرصنا الشديد على أن المصطلحات العلمية والمفاهيم لها أثر كبير في وضع التوجيهات الصحيحة لأي خطة عمل أو برنامج هادف لإحداث تغيير مرغوب فيه، إضافة إلى المصطلحات التي يمكن مناقشتها خلال هذه الحلقة والخاصة بمجالات التنمية الفردية الأسرية والتأهيل الشامل، ذلك لأن جميع الآثار السلبية والمجتمع أوجدت مصطلح معاق (اجتماعيا أو نفسيا أو حركيا أو ذهنيا وغيرها من أنواع الإعاقة المعتمدة نتيجة الحروب والعدوان)، ولا يوجد أي إنسان

إلا وبه إعاقة من نوع ما، ولها تصنيفها الخاص به وبدرجة معينة سواء بدنيا أو ذهنيا أو جسميا أو مرضيا (نفسيا) أو بمعنى سلوك سلبي معين، أو نقص معين بدني، أو غيره، أو مرض عضوي وبشمولية. ومن ثم وجدنا من الضروري تداول هذه المصطلحات لإلقاء الضوء عليها من خلال المشاركين في هذه الحلقة النقاشية أبعادا علمية يمكن أن تفيد في وضع استراتيجية التأهيل والتنمية لضحايا العدوان وخاصة في مرحلة إعادة تأهيلهم، وإمكانية الاستفادة من هذه المصطلحات في التوجيهات المستقبلية ووضع التوصيات، وإذا كانت بعض هذه المصطلحات والمفاهيم تدخل في نطاق الفئات الخاصة مثل المعاقين إلا أننا يمكن من خلالها وضع بعض المعايير التي تفيد في تصور استراتيجية التأهيل والتنمية على اعتبار أن مفهوم الاستراتيجية هي مجموعة من الخطط والبرامج المتكاملة على المدى البعيد لتحقيق هدف عام وشامل يخدم الدولة أو فئة معينة منها، وبالتالي فإن الشمولية مطلوبة لوضع الاستراتيجية إضافة إلى دراسة التجارب السابقة ومعرفة جميع المفاهيم والمصطلحات التي تعالج المواضيع في عملية وضع الاستراتيجية، وكذلك استخدامها في إيجاد أدوات ومعايير علمية حديثة يمكن أن تساعد في عملية التقييم الشامل والبعيد المدى لخدمة قضية معينة أو موضوع ما، ومن هنا نجد أننا طرحناها كما وردت من مصدرها مسودة علمية بحثية تكون مجالا للحوار أو المعرفة ووضعها في الاعتبار على أنها تساعد في وضع إطار علمي لأي من الأبحاث الممكنة في المعرفة البحثية خاصة أننا سنعرضها في حلقة نقاش أساسها الحوار العلمي والعقلاني.

1. بعض المفاهيم حول الفئات الخاصة والقوانين المنظمة لرعايتهم (الفئات الخاصة).

(هي شريحة من المجتمع تعاني من مشكلة اجتماعية أو بدنية أو نفسية أو سلوكية أو ذهنية خاصة لكل منهم تتطلب تدخل الآخرين في المساعدة لهم بصفة عامة من خلال أفراد أو جهات معنية برعايتهم).

أنواع الفئات الخاصة:

- فئة كبار السن الذين لا عائل لهم.
- فئة المعاقين بكل فئاتها (ذوي الاحتياجات الخاصة) المكفوفين/

الصم/ المعاقين حركيا/ المعاقين ذهنيا وغيرهم.

- فئة مجهولي الوالدين والأبناء المتصدعة أسرهم.
- فئة الأحداث المنحرفين أو المعرضين للانحراف.

القوانين المنظمة لرعايتهم على مستوى الدولة:

1. الدستور الكويتي
2. المرسوم بقانون الحضانة العائلية رقم 2 لسنة 1978
3. المرسوم بقانون رعاية الأحداث رقم 3 لسنة 1983
4. المرسوم بقانون رعاية المعاقين رقم 49 لسنة 1996
5. الجهات الحكومية العاملة معهم مباشرة هي:
6. وزارات (الشؤون الاجتماعية والعمل، والتربية، الصحة، الداخلية، العدل)
7. الجهات الأهلية المعنية بهم:
8. علاوة على الكثير من الجهات الأهلية منها الجمعيات الأهلية المتخصصة لفئة معنية والعديد من الجمعيات الأهلية الخيرية والثقافية والنسائية العاملة في مجال الفئات الخاصة سواء بطريق مباشر أو غير مباشر.

2. موجز مختصر لبعض الإجراءات التي اتخذت لحماية هذه الفئات أثناء الغزو الغادر على دولة الكويت (تجربة دور الرعاية الاجتماعية).

1 . تشكيل فريق عمل سري لإدارة مجمع دور الرعاية الاجتماعية بوزارة الشؤون فور وقوع العدوان بمعرفة القائمين على قطاع الرعاية الاجتماعية والوزارة في ذلك الوقت وبالتنسيق الكامل معه قام هذا الفريق بتولي الإشراف المباشر على فئة كبار السن ومجهولي الوالدين والمعاقين الموجودين بمجمع دور الرعاية الاجتماعية طوال فترة الغزو وبعده وحتى عودة السلطة الشرعية بكل أجهزة الدولة.

2 . قامت الأسر الكويتية باحتضان العديد من الأبناء مجهولي الوالدين (أبناء دار الطفولة) حرصا عليهم من اعتداء المعتدين الذين كانوا في مواقع عسكرية بجوار مجمع دور الرعاية الاجتماعية.

3 . إجراء عمليات تمويه وإخفاء للفتيات كبار السن داخل مجمع حماية لهم من المعتدين.

4 . عمل لقاءات توعية وحلقات إرشاد

نفسي لهم محاولة لضبط سلوكهم المضطرب الانتقالي نتيجة الأحداث وانعدام السلطة الضابطة.

5. توزيع الأبناء الأحداث على أسرهم، وهروب المحكوم عليهم من سجن التقويم، حيث استخدم (دار التقويم) معتقلا خاصا بالتعذيب والاعتقال بالجيش العراقي.

6. توفير المستطاع من الرعاية للفئات المتبقية بالجمعيات الأهلية داخل الشقق السكنية في بعض الأحياء والعمارات إضافة إلى بعض الحالات التي بقيت داخل مقر الجمعية الكويتية للمعاقين.

7. قام العديد من الأفراد والجهات بالتطوع للعمل في دور الرعاية الاجتماعية.

3. البرامج الاجتماعية والنفسية المقدمة لمتضرري العدوان العراقي على دولة الكويت.

لقد خلف الغزو الآثم العديد من المشكلات الاجتماعية التي من بينها على سبيل المثال لا الحصر انتشار الأسلحة بأيدي الكثيرين مما أدى إلى ظهور أنواع من الجرائم التي لم تكن معروفة قبل الغزو في المجتمع الكويتي، كذلك ظهرت مشاكل تعاطي المخدرات والمسكرات بشكل ملفت للنظر وبالتأكيد فإن معاناة الأفراد أو الأسر تزداد إن كانت هذه الأسر فقدت أحد أفرادها، وقد يكون فقد الأسرة لأحد أفرادها إما بقيام قوات الاحتلال بقتل هذا المواطن (أسر الشهداء)، وإما بأسر المواطن وانقطاع أخباره عن أسرته (أسر الأسرى) ومن هنا يتضح لنا بأن أبرز مشكلتين اجتماعيتين خلفهما الغزو هما:

1. مشكلة الشهداء.

2. مشكلة الأسرى.

وترجع أهمية هاتين المشكلتين إلى ما أحدثتاه من تأثير سلبي كبير على الأسرة من النواحي المعنوية والنفسية والاقتصادية والتربوية.

إضافة إلى انعكاس ذلك سلبا على حياة الأطفال في هذه الأسر حيث إن الطفل سريع التأثر بالمشكلات المؤلمة التي تحدث له ولأسرته وبيئته.

وبعد التحرير والنصر أصبحت قضية الشهداء والأسرى من القضايا التي تشغل بال الكويتيين كافة أميرا وحكومة وشعبا، وقد أخذت الحكومة على عاتقها مسؤولية توفير وضمان جميع برامج

الرعاية الاجتماعية، الصحية، والإسكانية، المعيشية، التعليمية، والنفسية لذوي الشهداء والأسرى، وذلك تقديرا لتضحياتهم في سبيل الوطن، وتحقيقا لذلك فقد أصدر صاحب السمو المرسوم الأميري رقم 38/91 بإنشاء مكتب الشهيد لتكريم الشهداء وأسرهم، وتم تخصيص جميع الاعتمادات المالية اللازمة، وقد تم إلحاقه بالديوان الأميري حيث يكون تكريم الشهداء وأسرهم تكريما ماديا ومعنويا بمختلف الصور وذلك بتقديم المنح المالية لأسر الشهداء وتقرير المعاشات الاستثنائية والمساعدات الخاصة لأسرهم، وتقديم الرعاية السكنية المناسبة، وتوفير العلاج، وتقديم جميع الخدمات التي تضمن لهم مستوى معيشيا لائقا بتضحياتهم.

وكذلك جاء إنشاء اللجنة الوطنية لشؤون الأسرى والمفقودين عام 1991 بمرسوم أميري من بين الاهتمامات الكبيرة التي قامت بها الحكومة لتوفير جميع أوجه الرعاية الاجتماعية لذوي الأسرى وسنتطرق له بشيء من التفصيل.

أولا: أزمة الأسرى

وتشتمل هذه الأزمة على جانبين:

أ. الأسرى

ولا يخفى على أحد مقدار المعاناة التي يعانونها ويمكن تحديدها كالآتي:

1 . معاناتهم المعيشية في ظروف بالغة القسوة والشدة والظلم والطغيان والقهر.
2 . عدم تلبية الحد الأدنى من حاجاتهم الغذائية والصحية مما يعرضهم للمرض والحرمان والعذاب المستمر.
3 . غيابهم عن أسرهم وأطفالهم وزوجاتهم يصاحبه شعور دائم بالحزن والانشغال عليهم، مما يسبب لهم الكثير من الضيق والحزن والاكتئاب.

ب. ذوو الأسرى

لا شك أن فقدان الأسرة لأحد أفرادها قد أدى إلى الكثير من المعاناة والشعور بالمرارة، وتختلف هذه المعاناة باختلاف مكانة الفرد بالأسرة وتتمثل هذه المعاناة والمرارة بأشكال مختلفة منها على سبيل المثال:

1 . الآلام النفسية الكبيرة التي تسبب للأسرة الانفعال الشديد والصراع الدائم.
2 . الشعور بالعجز لمواجهة هذه المشكلة، وعدم التأقلم مع واقع فقدان أحد أفرادها.

3. تعدد الآثار النفسية لدى أفراد الأسرة، ومنها الكوابيس والأحلام المزعجة، التقلبات الانفعالية، الحساسية، وسرعة الإثارة، الخوف والتوتر والترقب.

4. استمرار القلق الذي يؤدي إلى فقدان الاتزان النفسي وبالتالي إلى سوء التوافق والتكيف.

هذا وقد حرصت اللجنة الوطنية منذ إنشائها على إعداد برامج وأنشطة خاصة لذوي الأسرى للإسهام برفع المعاناة النفسية والاجتماعية والضغوط عنهم بكل فئاتهم، ومنها البرامج الترفيهية والدورات التثقيفية والمحاضرات الدينية التي تدعوا للتحلي بالصبر وتقوية العزيمة والبرامج التثقيفية الهادفة وبرامج خاصة بالمواهب والقدرات. وتبرز أهمية هذه المشاريع أو البرامج من حيث كونها:

تغطي جوانب متعددة (ترفيهية، ثقافية، اجتماعية، دينية، نفسية، وتعليمية) وبالتالي فإنها تشمل قطاعا كبيرا من أبناء الأسرى وذويهم ومن الآباء والأمهات والزوجات، كل حسب قدراته وإمكانياته، ومن خلال الإحصائيات الخاصة بذوي الأسرى يتضح أن عدد الآباء على قيد الحياة 410 في حين عدد المتوفين سواء في فترة الأسر أو ما قبل الغزو 195 من أصل 605 أسير.

أما بالنسبة للأمهات فيبلغ عدد من هن على قيد الحياة 515 في حين المتوفيات يبلغ عددهن 90 حالة سواء تمت الوفاة خلال الأسر أو ما قبل الغزو من أصل 605 أسير.

أما بالنسبة للحالة الاجتماعية للأسير:

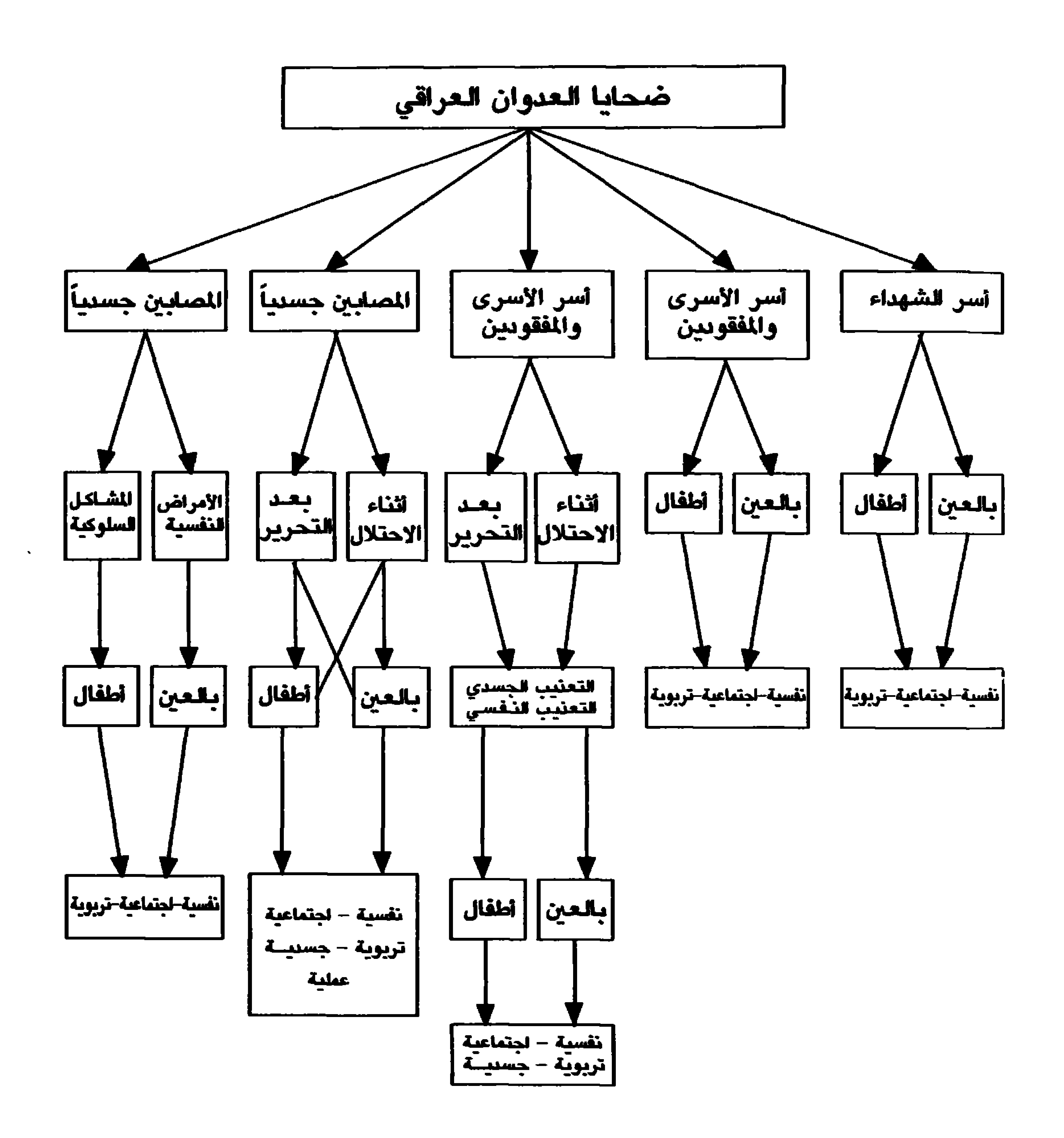
فيبلغ عدد المتزوجين منهم 253 أسير، في حين يبلغ عدد العزاب 329، وعدد المطلقين 22، والأرامل 1، فإن تعاملنا في حالة إعداد برامج تأهيلية لعدد 253 زوجة، منهم عدد 40 زوجة قد حصلت على الطلاق فإن خطة العمل ستكون على 213 زوجة، فإذا علمنا أن من الأسرى من هو متعدد الزوجات، منهم المتزوج بزوجتين وعددهم 14 أسيرا، ومنهم ومن عنده ثلاث زوجات، وعددهم 3 أسرى، وعدد المتزوجين من واحدة وأخرى مطلقة 10 أسرى، وعدد المتزوجين من اثنتين ولديهم مطلقتين أسير واحد، ومنهم من لديهم عدد من الأبناء، فإنه قد وضع في الاعتبار حين إعداد خطة برنامج التأهيل هذا الكم من الأفراد.

أما فيما يتعلق بالعزاب من الأسرى الذين يبلغ عددهم 329 فإن تعاملنا في إعداد خطة العمل والبرامج التأهيلية إذا استبعدنا فئات كثيرة مثل كبار السن والإخوة والأخوات فيبقى لنا عدد كبير من الأفراد الذين يتم التعامل معهم لذا فإن البرامج التي تمت والتي تحقق نوعا من تخفيف المعاناة كانت خاصة بهذه الفئات، مثال على ذلك:

1 . دورات في الخياطة والتطريز والطهي للزوجات والأمهات يشرف على إعدادها مكتب الخدمة الاجتماعية باللجنة بالتعاون مع مؤسسات الدولة المعنية.
2 . دورات تثقيفية علمية خاصة أيضا بالأمهات والزوجات مثل الكمبيوتر والموسيقى.
3 . دورات فنية لتنمية المواهب والقدرات مثل الرسم (على الزجاج والحرير) وفن تشكيل الخزف والنحت وبرامج صياغة المجوهرات.
4 . برامج علمية خاصة بالأبناء في الكيمياء والفيزياء والزراعة وميكانيكا السيارات والخراطة والفلك والطيران.

وقد أعد مكتب البحث الاجتماعي باللجنة الوطنية دراسة تقيّمية للبرامج المقدمة للفئات المستفيدة من أبناء ذوي الأسرى للوقوف على آرائهم فيما يتعلق بهذه البرامج التأهيلية، هذا وقد اشتملت خطة الدراسة على:

1. تصنيف ذوي الأسرى إلى فئات:
2. آباء وأمهات الأسرى.
3. أبناء وبنات الأسرى.
4. زوجات أو أزواج.
5. الأخوة والأخوات.
6 . عرض شامل لبرامج التأهيل التي قدمت لكل فئة خلال السنوات الماضية.
7 . إعداد استبيان خاص يطبق على عينة ممثلة لهذه الفئات لتحديد مدى استفادة كل فئة من هذه البرامج واقتراح برامج جديدة.


ضحايا العدوان العراقي
أسر الشهداء
أسر الأسرى والمفقودين
أسر الأسرى والمفقودين
المصابين جسدياً
المصابين جسدياً
بالعين
أطفال
بالعين
أطفال
أثناء الاحتلال
بعد التحرير
أثناء الاحتلال
بعد التحرير
الأمراض النفسية
المشاكل السلوكية
نفسية-اجتماعية-تربوية
نفسية-اجتماعية-تربوية
التعذيب الجسدي التعذيب النفسي
بالعين
أطفال
بالعين
أطفال
بالعين
أطفال
نفسية - اجتماعية تربوية - جسدية
نفسية - اجتماعية تربوية - جسدية عملية
نفسية-اجتماعية-تربوية

استبيان حول البرامج والمشروعات المقدمة لذوي الأسرى ومدى الاستفادة منها

الاسم:				
صفة الشخص:	ابن أو ابنة الأسير،	زوجة الأسير،	أب أو أم،	أخ أو أخت الأسير
الجنس:	ذكر	أنثى		
السن:	أقل من 15 سنة	15-20	20-25	25-30
الجنسية:	كويتي	غير كويتي		
ما هي البرامج التي شاركت بها (يمكن أن تؤشر على أكثر من برنامج)؟				
دورات كمبيوتر	دورات خياطة	دورات طبخ	دورات خزف	
دورات أشغال فنية	دورات رسم	دورات موسيقى	رسم على الزجاج	
دورات أخرى تذكر				
ما مدى الاستفادة من هذه البرامج؟				
كبيرة جدا	جيدة	متوسطة	غير مفيدة	
في حالة الإجابة بأنها غير كافية ماذا تقترح؟				
.1				
.2				
.3				
.4				
مقترحات عامة حول برامج التأهيل لذوي الأسرى:				
.1				
.2				
.3				
.4				

الصندوق

كما لا يفوتنا أن نشير إلى أنه تم إنشاء صندوق في اللجنة الوطنية لرعاية نوي الأسرى يهدف إلى:

1. إمكانية توفير إعانة مادية لكل أسرة محتاجة.
2. توفير المستلزمات المدرسية لأبناء وبنات وإخوة وأخوات الأسرى في كل عام دراسي.
3. رحلة حج لكل فرد بلغ سن الرشد من أفراد أسرة الأسير مرة واحدة .
4. رحلة عمرة لكل فرد بلغ سن الرشد من أفراد أسرة الأسير مرة واحدة.
5. تنمية ورعاية أبناء وبنات وإخوة وأخوات الأسرى عن طريق عمل برامج تربوية وترفيهية واجتماعية خاصة بهم.
6. تخصيص مبلغ مالي سنوي لكل أسرة نظير استهلاك الكهرباء والماء واشتراك في الهاتف.
7. تكريم المتفوقين من أبناء وبنات وإخوة وأخوات الأسير في نهاية كل عام دراسي.
8. تسديد اشتراكات الأسرى الذين يعملون في القطاع الخاص للتأمينات الاجتماعية (الباب الخامس).
9. إعادة تأهيل الطلبة الأسرى علميا واجتماعيا بعد خروجهم من الأسر.
10. إبراز قضية الأسرى محليا وخارجيا عن طريق الوسائل الإعلامية.

إنشاء مركز توثيق المعلومات:

وفي ضوء هذه الأنشطة فإن اللجنة بصدد توثيق كل ما يتعلق بقضية الأسرى وما يكتب عن هذه القضية في الداخل والخارج، وكل نشاط تقوم به اللجنة على جميع المستويات من مؤتمرات ولقاءات وندوات وزيارات لوفود تزور اللجنة أو ما يقوم به أعضاء اللجنة وغيرهم لشرح القضية في الخارج، وذلك عن طريق إنشاء مركز توثيق المعلومات.

4. استراتيجية اللجنة الوطنية لشؤون الأسرى والمفقودين في مجال التأهيل والتنمية.

إن عمل اللجنة ومسؤولياتها له خاصية مميزة مرتبطة بمهمة اللجنة ومحور إنشائها، وهو المتابعة بكل ما يتعلق بموضوع الأسرى والمفقودين الكويتيين، وكذلك الاهتمام برعاية أهاليهم، وقد كانت هناك مهام عدة ذات أولوية قصوى كان يجب التركيز لإنجازها، ومن أهمها حصر الرقم الواقعي والموثق

للأسرى والمفقودين، ومن ثم تجهيز ملف متكامل ومطابق لمتطلبات منظمة الصليب الأحمر الدولية لكل أسير، وأنجزت الملفات المطلوبة بالإضافة إلى النشاطات المستعجلة والرسمية التي كانت تتطلب إجراء عاجلا وكان لا بد من التركيز الشامل على هؤلاء الأسرى والموجودين في السجون العراقية والأسرى التي تم الإفراج عنهم وذوي الأسرى لرفع المعاناة عنهم ودمجهم في المجتمع، وبالطبع فإن ما تعرض له الأسرى بعامة والطلبة بخاصة نفسيا وعقليا وبدنيا واجتماعيا، ومن ثم نوعية إعادة التأهيل اللازم لعودة هؤلاء إلى المستوى السوي في كل تلك الجوانب، بالإضافة إلى مستوى تأثر الفرد بالصدمات النفسية والانفعالية التي يمر بها كما هو معروف، يختلف من فرد لآخر من حيث أثر نتائجها على توافقهم الشخصي فيما بعد، وطبيعي أن يستهدف الإخوة الباحثون المختصون بالدراسات والأدبيات التي تناولت أمور الأسرى وإعادة تأهيلهم، وهي دراسات تناولها الدكتور القرشي في الدراسة الحديثة عن المواقف التي تعرض لها الأطفال الكويتيون خلال العدوان العراقي وعلاقتها بمدى توافقهم النفسي (1993)، وقد أوضحت أن الأسرى يعانون بعد الإفراج عنهم من أعراض أطلق عليها (1989 كيرتر) مسمى أعراض معسكرات الاعتقال حيث يظهر القلق والاكتئاب واضطرابات النوم والكوابيس وصعوبات واضحة في العلاقات الاجتماعية، بل إن عددا من الباحثين يشير إلى أنهم لاحظوا من ممارستهم الاكلينيكية على مدى عشرين عاما حالات من أبناء الأسرى تظهر عليهم مظاهر الاكتئاب أو الانهيار النفسي أو غيرها من الأعراض التي لها ارتباط بخبرات الأسر التي تعرض لها آباؤهم، إن الآثار التي أحدثها النظام العراقي بممارساته الوحشية في نفوس كل من تعرض للأسر والإيذاء هي آثاراً لا تتوقف عند الفرد وكيانه وتوافقه وثباته الانفعالي، بل تمتد إلى من حوله فالدراسات التي أجريت على طلاب المدارس عقب التحرير في عام 1991 أظهرت آثاراً سلبية لوحظ زيادتها في كل مدرسة حتى في رياض الأطفال التي عانى أطفالها من مشاعر الخوف والسلوك العدواني وصعوبات التكيف في الروضة والاضطراب النفسي والميل إلى الألعاب ذات الطابع العسكري أما في بقية المراحل التعليمية فقد ظهرت مشكلات الاضطراب النفسي والخوف من المجهول والسلوك العدواني واهتزاز بعض القيم والثوابت الاجتماعية

ومشكلات الخروج عن النظام المدرسي، وعلى أثر هذه النتائج المأساوية فإن الاستراتيجية التي نتطلع إليها لإعادة تأهيل الطلبة من الأسرى هو واجب وحق علينا جميعا، وذلك بأن نستعد لدراسات متعمقة تتناول جوانب الشخصية الإنسانية كما أن إعادة التأهيل ينبغي أن تمتد إلى الأسرة بأكملها فالمعاناة مشتركة والجرح قد مس الأسير وأهله.

ولذلك فإن استراتيجية اللجنة الخاصة بالأسرى وذويهم وإعادة تأهيلهم وإدماجهم في عملية التنمية لهو الشغل الشاغل لكل المخلصين والقائمين والعاملين في اللجنة الوطنية بصورة خاصة والمشاركين من جهات مختلفة سواء على المستوى الرسمي والمستوى الشعبي ولذلك فقد سخرت اللجنة كل طاقاتها في تنفيذ هذه الاستراتيجية وهي على النحو التالي:

1. بحث الحالة النفسية والاجتماعية لأبناء وبنات وإخوة وأخوات الأسرى. ويهدف البحث إلى الكشف عن اضطرابات ما بعد الصدمة لدى أبناء الأسرى ومعرفة علاقاتها ببعض المتغيرات الديموجرافية كالعمر والجنس والمستوى التعليمي والمساندة الاجتماعية، حيث إن نتائج البحث يمكن الإفادة منها في تطوير التعامل مع أبناء الأسرى وتوفير قاعدة علمية من البيانات الدقيقة التي تستخدم في وضع برامج وقائية وعلاجية لهؤلاء الأبناء بتحديد الفئة العمرية الأولى بالرعاية النفسية الاجتماعية.

2. إعادة تأهيل الأسرى من الطلبة الكويتيين. لقد مرت سبع سنوات على هؤلاء الطلبة الأسرى والبالغ عددهم 125 طالباً لا يزالون محجوزين في السجون العراقية، حيث مرت سنوات من أعمارهم وهم تحت وطأة الاحتلال مسلوبي الإرادة والحرية وتحت ظروف لا تعترف بآدمية فرد أو حقوقه ولذلك فإننا نجد أن حياة هؤلاء تتطلب دراسة ومساعدة هامة وإرشادا وعلاجا لمساعدتهم على استيعاب الصدمات التي عانوها، لذلك نجد أن اللجنة الوطنية لشؤون الأسرى والمفقودين وضعت ضمن استراتيجيتها عمل بحث شامل يهدف إلى تقييم وضع هؤلاء الطلبة الأسرى، بعد الإفراج عنهم بإذن الله، ووضع استراتيجية لإعادة تأهيلهم وذلك عن طريق دراسات متعمقة تتناول جميع

الجوانب النفسية والبدنية والعقلية والاجتماعية التي سوف يكون عليها هؤلاء الطلبة الأسرى بعد الإفراج عنهم بإذن الله حتى نصل من خلال تلك الدراسة إلى وضع تصور عما ستكون عليه حياتهم وتعويضهم بكل الطرق عن كل ما فاتهم خلال فترة الأسر وإيجاد مكان لهم في المجتمع.

3. إجراء دراسات عن الأسرى الكويتيين الذين تم الإفراج عنهم، وذلك لتعرّف وضعهم الاجتماعي والنفسي والبدني والعقلي أثناء الأسر وتعرّف على أوضاعهم الحالية والصعوبات التي واجهتهم في عملية التكيف والتوافق في الجوانب المختلفة، ووضع استراتيجية تناسب أوضاعهم، وذلك لتأهيلهم من الجوانب النفسية والاجتماعية والصحية ودمجهم في المجتمع ليواكبوا عملية التنمية على أحسن وجه.

4. وامتدادا لهذه الدراسة فلا بد من الوقوف على حالة الأسير بصورة عامة من أصدقائه المقربين بالمدرسة وجيرانه وزملائه في العمل وحالة هذا الأسير وعلاقاته الشخصية مع كل ما يحيط به حتى تكون الدراسة مفيدة لوضع الخطة الشاملة لتنمية قدراته وإعادته سويا إلى أسرته وأصدقائه ومجتمعه.

5. وهناك أيضا معرفة التقرير الصحي الذي سيقوم بإعداده متخصصين من الأطباء على ضوء التقارير التي تصلهم عن حالة الأسرى من الطلبة بعد إجراء البحوث الاجتماعية والنفسية لهم من قبل أخصائيين اجتماعيين على مستوى عالٍ من الكفاءة والمقدرة.

6. وبعد استيفاء جميع البيانات المذكورة أعلاه والوقوف على الجوانب الصحية والتعليمية والحالة النفسية والاجتماعية من قبل المختصين سيكون هناك تنسيق مع جميع العاملين الذين قاموا بهذه الدراسات لوضع استراتيجية شاملة لإعادة تأهيلهم ووضع البرامج التنموية ودمجهم في المجتمع ليكونوا أشخاصا أسوياء بإذن الله.

5. نماذج لبعض التوصيات لحلقات نقاش سابقة ومعرفة مدى التطبيق:

1. تكثيف خدمة الفرد في الإرشاد النفسي للتخفيف من معاناة الأبناء (الطلبة) في المدارس وخاصة حول

المشاكل النفسية والاجتماعية والاضطرابات السلوكية.

2. إجراء المسابقات العلمية بين الطلبة وتشجيعهم على المشاركة فيها لبث روح التنافس وإشاعة جو من المرح.
3. الاهتمام بطرح الموضوعات التي تهم الطلاب في الصحافة المدرسية والإذاعة المدرسية.
4. زيادة التمسك بالقيم الدينية أساسا للتنشئة الاجتماعية التربوية.
5. التنسيق بين جهود المؤسسات التي تهتم بتحقيق الصحة النفسية للأبناء.
6. التقييم والمتابعة لنتائج الجهود الوقائية والعلاجية من آن لآخر.
7. تشجيع مشاركة المرأة في بناء كويت المستقبل وإعمارها خاصة بعد ما اتضح أن لها طاقة يمكن الاستفادة منها من خلال دورها الفعال في المقاومة والأعمال التطوعية أثناء فترة الغزو.
8. استثمار الأبحاث الإيجابية نحو الحرف اليدوية بتصميم برامج علمية تطبيقية يتدرب فيها أبناء الأسرى والشهداء وضحايا العدوان على بعض الحرف اليدوية التي تفيد الفرد في حياته اليومية، يخدم فيها نفسه والمحيطين به.
9. ضرورة أن تحتوي المناهج على مواضيع تتناول الغزو العراقي للكويت وممارساته من الناحية التاريخية والجغرافية والدينية لتوضيح الحقائق أمام المجتمع، كما أن من الضروري أن تحتوي على نماذج بطولية تحتذى من أبناء الكويت.
10. تكثيف جهود وسائل الإعلام للاستمرار في تقديم نماذج من الآثار السلبية للعدوان العراقي بصورة مستمرة.

6. توصيات ومقترحات عامة حول الموضوع.

1. استمرار تعاون الجهات المعنية في إجراء بحث ميداني عن آثار العدوان على الفئات الخاصة داخل الكويت وفقا للمعايير العلمية للأبحاث الميدانية.
2. ربط الجهات المعنية بشؤون الأسرى وأسر الشهداء من جهات حكومية وأهلية في صندوق خيري يخدم مباشرة جميع البرامج الاجتماعية والنفسية المقترحة لهم مستقبلا.
3. الاستمرار بمتابعة أبناء وأسر الشهداء والأسرى داخل المدارس

متابعة علمية قائمة على القياس النفسي والعلمي المتعارف عليه.

4 . إيجاد قنوات ادخارية تطوعية لأبناء الشهداء والأسرى تخدمهم مستقبلا من الصناديق الوقفية وخاصة صندوق رعاية الأسرة.

5. تكثيف حملة إعلامية حول آثار العدوان الغادر وآثارها السلبية على كل الفئات المتضررة من وقت لآخر.

6. الابتعاد عن الأساليب الإعلامية الخاطئة كالمبالغة والتعميم والتطرف.

7. تقنين الرأي العام واحترامه على أساس من الثقة والمصداقية، وإتاحة الفرصة للرأي الشعبي للمحاورة والامتناع عن طرح أي موضوع عام.

8. إيجاد فرق للطوارئ ومواجهة الكوارث والحروب بكل المناطق التي يتفق عليها، تكون مشاركة من الجماهير الشعبية التطوعية والجهات الحكومية الرسمية.

9. الاهتمام بالعيادات النفسية للأطفال، والتوسع فيها على مستوى مناطق الكويت والتركيز على أن تنشأ هذه العيادات وفق الشروط العلمية.

10. إبراز دور الأخصائي الاجتماعي والنفسي في المجتمع وإعداده إعدادا جيدا أكاديميا، بالإضافة إلى التدريب الميداني، وإقامة دورات تدريبية له داخل البلاد وخارجها.

11. إبراز دور المعالج النفسي وتشجيعه على إعداد دورات تدريبية.

12. تشجيع البحوث العلمية وتمويلها من قبل المؤسسات العلمية في الكويت، وفتح المجال للبحوث الميدانية المتخصصة في الآثار النفسية الناتجة عن الحروب والكوارث.

13. تشجيع الدراسات العليا في مجال الآثار النفسية الناجمة عن الحروب، واستحداث دبلوم أو قسم للدراسات العليا بالكليات النظرية المتخصصة.

14. توفير برامج تدريبية مهنية مكثفة مع توفير فرص العمل لكبار السن، ودمج المراحل الدراسية خاصة بالنسبة للطلاب صغار السن وطلاب المراحل المتقدمة، وذلك عند الإفراج عن الأسرى بإذن الله.

7. دراسة بعض المصطلحات الحديثة حول مفاهيم التأهيل والتنمية والبيئة والعلوم النفسية والاجتماعية.

1 . **التأهيل المهني Vocational rehabilitation** هو مساعدة الفرد للوصول إلى قرارات حاسمة تتعلق

بشؤونه الخاصة ومساعدته في الكشف عن قدراته وصفاته الشخصية التي يمكن الاستعانة بها بقدر الإمكان في التعليم والتدريب على أداء عمل أو مهنة تعود عليه وعلى المجتمع بالفائدة، وتبدأ عملية التأهيل المهني بتوجيه مهني يتم من خلاله:

- معرفة قدرات الفرد العادي والمعاق وتوجيهه للمهنة المناسبة له.
- تقديم المشورة للفرد العادي والمعاق لاختيار المهنة المناسبة لظروفه الشخصية ومستقبله والمهنة التي توافق قدراته، ومعاونته على التكيف معها، وعدم تركه لأهوائه وميوله الشخصية فقط.

2. **اختبار الاستعداد Aptitude test.** الاستعداد قدرة طبيعية قبل عملية التدريب أو الممارسة، أي أنه «إمكانية التعليم» مثل الاستعداد للكتابة على الآلة الكاتبة قبل التدريب عليها، وقد تم إعداد اختبارات الاستعداد للتنبؤ بنتائج التدريب، ومن ثم التنبؤ بالقدرة المستقبلية على أساس نتائج قياس الاستعداد، فاختبار الاستعداد هو إذن مقياس يتم بناؤه وتطبيقه للتعرف على قدرة الفرد على أداء نمط معين من النشاط، أو درجة التهيؤ للتعلم في مجال معين.

3. **اختبار الكفاءة Efficiency test** قياس القدرة على إنتاج عملية مؤثرة وفعالة لتحقيق نتائج مرغوب فيها كما تقاس بالمقارنة إلى التكلفة والوقت والطاقة في مقابل كمية العمل المتحقق.

4. **اختبار المهارة Skill test** اختبار للتأكد من امتلاك المهارة اللازمة لممارسة مهنة معينة، وغالبا ما يقيس السهولة والسرعة والدقة في الأداء.

5. **إصابات الحرب Ware casualties** الإصابات التي يتعرض لها العسكريون أو المدنيون بسبب العمليات الحربية.

6. **اضطراب Disorder** أداء وظيفي منخفض وخاصة في مجال الإنجاز الأكاديمي (مثل اضطرابات التعليم) أو مجال التوافق الاجتماعي (مثل اضطرابات السلوك) أو مجال استخدام اللغة المنطوقة (مثل اضطرابات النطق واللغة).

7. **أطفال غير عاديين Exceptional Children** الأطفال الذين ينحرف

أداؤهم عن المتوسط العام للأداء في أحد مظاهر السلوك أو القدرات، مما ينعكس على حالة التكيف العام أو التحصيل التعليمي، ومن ثم يحتاجون إلى برامج تربوية وعلاجية ذات طبيعة خاصة.

8. **إعاقة Handicap** مصطلح يشير إلى العبء الذي يفرض اجتماعيا على الأفراد نتيجة للأحكام والتقييمات التي يصدرها المجتمع على الانحرافات الجسمية والوظيفية، وتتسم حالة الفرد المعاق بأداء وظيفي منخفض ناتج عن صعوبة الاستجابة إلى/ أو صعوبة التكيف مع متغيرات البيئة المحيطة بالفرد نظرا لقصور عقلي أو جسمي أو انفعالي.

9. **اعتلال إصابة Impairment** خلل أو قصور في البنية أو الوظيفة النفسية أو الفيزيولوجية أو العضوية.

10 **تتبع Follow - up** عملية المتابعة التي يتعرض لها الأفراد أو البرامج المختلفة لتقرير مدى تحقق الأهداف المخطط لها والنتائج التي أمكن الوصول إليها.

11. **تعصب Prejudice** اتجاه له طبيعة انفعالية في الغالب ضد أو مع أفعال أو أشياء من نوع معين أو أشخاص معنيين أو معتقدات محددة، وينطوي التحيز على حكم مسبق غالبا ما يكون عنيفا وموجها نحو فرد أو فئة أو جماعة من الأفراد.

12. **تدخل مبكر Early Intervention**
مجموع المحاولات التي تبذل لتحديد بعض المتغيرات في الفرد أو في البيئة مما يساعد على التنبؤ بالوضع النمائي للفرد في المراحل التالية ويتضمن المصطلح أساليب التدخل التي يمكن أن تتخذ في المراحل المبكرة من النمو، بما يدعم مظاهر القوة في الفرد، وبما يقلل من تأثيرات الإصابات ومظاهر الضعف.

13. **تربية خاصة Special Education**
المجال المهني الذي يهتم بتنظيم المتغيرات التعليمية التي تؤدي إلى الوقاية من/ أو خفض تجنب الظروف التي ينتج عنها قصور واضح في الأداء الوظيفي للأطفال في المجالات الأكاديمية والتواصلية والحركية والتوافقية.

14. **اختيار المهنة Choice occupation**
ويقوم على أساس الاختيار الحر والطوعي مع الأخذ بعين الاعتبار خصائص المعاق وطاقة العمل

المتبقية وعلاقاتهما بفرص الاستخدام، ولا بد أن تكون المهنة المختارة في حدود القدرات البدنية والعقلية للمعاق وتقع مسؤولية اختيار مهنة مناسبة على عاتق الموظف المسؤول عن التعيين الانتقائي الذي يجري بناء على مشورة الطبيب، ومن المهم جدا أن يشجع المعاق على القيام بدور نشط في المشاركة في وضع الخطة المهنية واختيار المهنة.

15. **تأهيل المعاقين Rehabilitation of the disabled** عملية فنية ديناميكية متخصصة يشترك في تنفيذها فريق من المتخصصين لتنفيذ برامج متكاملة طبيا وتربويا واجتماعيا ونفسيا ومهنيا بغية تحويل المعاق إلى عضو بناء، يعيش حياة مستقرة دون معاناة وذلك بحصوله على عمل مناسب وخدمات لازمة للاندماج بالمجتمع والتكيف مع البيئة وتتضمن:

أ. اكتشاف الحالات.
ب. التشخيص والتقويم.
جـ. التأهيل التربوي.
د. التوجيه المهني والإرشاد النفسي.
هـ. استعادة الطاقة البدنية.
و. التدريب المهني.
ز. الخدمات المساعدة.
ح. التشغيل.
ط. المتابعة.

16. **برامج العمل والدراسة Work-study programmers** برامج للتعليم التقني والمهني تجمع بين الدراسة والعمل (مأجورة أو غير مأجورة) وتقدم خبرة علمية في المجال المهني المختار وتنظم وتدار عادة بواسطة معاهد تعليمية أكثر منها بواسطة منشآت.

وفي مجال التأهيل المهني تشير إلى الجهود المشتركة بين النظام المدرسي ومؤسسة التأهيل لمساعدة الطالب المعاق على تنمية إمكاناته الاجتماعية والمهنية.

17. **تدريب على التكيف الشخصي Personal- adjustment training** يتم التدريب على التكيف الشخصي عندما يواجه المعاق صعوبة في عمليات التكيف الشخصي والاجتماعي اللازمة للأداء المستقل ويشمل ذلك تدريب المعاق على الرعاية الذاتية، والاهتمام بنفسه والقدرة على أداء حياته خارج نطاق العمل، وتقديم المهارات والتقنيات

التي تمكنه من تعويض فقدان أو قصور الوظائف الجسدية أو الحسية أو العقلية أو الاجتماعية.

18. تدريب على التكيف للعمل **Work- adjustment training** سلسلة تدابير تهدف بالتدريج إلى تنمية أو إعادة تنمية قدرة المعاق على ممارسة نشاط مهني، وتساعد على تشكيل شخصيته، بما يتيح زيادة الإنتاجية وتلبية المتطلبات اليومية للعمالة المحلية أو التنافسية، وتشمل تعزيز الثقة بالنفس والالتحام بها وتحمل العمل والقدرة على الانسجام مع الآخرين والفهم الأفضل للعمل، وقد تهدف إلى مساعدة المعاق بدنيا على تنمية مقاومته لمتطلبات العمل البدنية، وبالنسبة لحديث الإعاقة تتم عندما تسمح حالته الطبية بذلك.

19. تدريب قبل المهني (تهيئة) **Pre- vocational training** مدخل للعمل يشمل دائرة واسعة من الأنشطة المهنية تهدف لإعداد الأشخاص لاختيار مهنة أو تدريب وتعريفهم بالمواد والأدوات والآلات وبالإجراءات الأولية والمعرفة النظرية وأساليب العمل والمستويات المتوقعة فيه، وقد يقدم في مدارس التعليم العام، أو ينظم في أماكن عامة خارج النظام التعليمي وفي مجال إعادة التأهيل المهني قد يتطلب استخدام أساليب وتقنيات تدريب خاصة وفترات تدريب طويلة وتكييف الوظائف، أو إمكان تقديمه في أماكن خاصة.

20. تشخيص مهني **Vocational diagnosis** تحليل الحقائق والملاحظات المهمة المتعلقة بشخص معاق بغية تقييم قابليته للاستخدام وتحديد احتمال إفادته من خدمات إعادة التأهيل المهني، أو تحديد المشاكل التي قد تعترض تدريبه وتوظيفه وتكيفه مع الوظيفة.

21. تعيين انتقائي **Selective placement** عملية تهدف إلى توظيف المعاقين في أعمال تناسب أعمارهم وخبراتهم ومؤهلاتهم وقدراتهم البدنية والعقلية وينبغي الإفادة من جميع خدمات وإمكانات إعادة التوظيف العادية في ضوء حاجات المعاق، وهذه تعتبر المرحلة النهائية للتأهيل، وتشمل ثلاث عمليات متميزة:

أ. معرفة العامل.

ب. معرفة الوظيفة.

حـ. التوفيق بين العامل والوظيفة.

22. تقييم مهني Vocational evaluation عملية تستخدم على نحو منتظم في العمل (الحقيقي أو المحاكي) نقطة انطلاق رئيسية.

23. علاج التحليل النفسي Psychoanalytic therapy طريقة في علاج الاضطرابات العقلية والعصبية وتطويرها (سيجموند فرويد) وتتميز بنظرة ديناميكية لجميع مظاهر الحياة العقلية- الشعورية واللاشعورية مع التركيز الخاص على ظاهرة اللا شعور كما تتميز الطريقة بأساليب واسعة للاستقصاء والمعالجة مبنية على استخدام التداعي الحر بصفة مستمرة.

24. علاج سلوكي Behavior therapy شكل حديث نسبيا من العلاج النفسي يقوم أساسا على نظريات الانعكاس الشرطي وعلى قوانين التعليم خاصة تلك التي نادى بها (هل) و(سكنر) وغيرهما، وفي إطار العلاج السلوكي ينظر إلى السلوك العصابي على أنه استجابة شرطية وأسلوب سيئ في التوافق، درج عليه الشخص، وينبغي تغييره بالوسائل التعليمية نفسها المستخدمة لتغيير أية استجابة شرطية غير مرغوب فيها ويتطلب هذا النوع من العلاج خبرة خاصة من القائمين بتطبيقه، إذ تستخدم فيه أكثر من وسيلة مثل الإزالة التدريجية أو تعلم استجابة شرطية جديدة وغير ذلك.

25. مؤتمر دراسة الحالة Case-conference لقاء يضم عددا من المختصين يدعون معا ليقدموا ويجمعوا ويفسروا على نحو منتظم ومن زوايا كثيرة، الحقائق المعروفة عن فرد ما، وذلك لاتخاذ القرار وتحديد أهداف العمل وتعزيز مواصلة تقدم الحالة.

26. التأهيل النفسي Psychological rehabilitation هو إعادة التكيف النفسي للمعاق في المجتمع الذي يعيش فيه، وذلك عن طريق مساعدته على تقبل الوضع الجديد، والتأقلم مع الإعاقة الموجودة لديه حتى لا تكون هذه الإعاقة سببا في اعتزاله المجتمع وتكون عاملا مسببا لحدوث كثير من الأمراض النفسية التي تصاحب بعض المعاقين.

وعن طريق التأهيل النفسي يتمكن

المعاق من الانخراط في المجتمع وتقبل الإعاقة بصدر رحب، ويجب ألا نغفل العامل النفسي، لأن هؤلاء الأفراد لا يستطيعون الكلام والتعبير عما في داخلهم، مما يجعلهم عرضة لمشاكل نفسية أكبر، تؤدي إلى رفضهم للاستمرارية وعدم الاستجابة لأي برامج تأهيلية تقدم لهم مالم يتم مراعاة العامل النفسي.

27. **التأهيل الاجتماعي Social rehabilitation** هو إعادة تكيف المعاق مع المجتمع الذي يعيش فيه عن طريق تسهيل الوسائل التي تساعده على الانخراط في المجتمع، وإعطائه الثقة بالنفس ومساعدة المعاق على حل مشاكله الفردية الناتجة عن الإعاقة، والعمل على إيجاد التوافق بين المعاق وأسرته ومساعدته في تكوين العلاقات وتسهيل تقبل المجتمع له، والتعامل معه على أنه شخص طبيعي يؤدي دورا معينا في الحياة.

المراجع

1. الأبحاث المدرجة في الحلقة النقاشية الرابعة حول آثار العدوان العراقي على دولة الكويت (مكتب الإنماء الاجتماعي - الديوان الأميري).
2. الأبحاث المقدمة في المؤتمر الدولي الثاني (الصحة النفسية في دولة الكويت - الجزء الثاني - مكتب الإنماء الاجتماعي.
3. تقرير وزارة الشؤون الاجتماعية والعمل.
4. اللجنة الوطنية لشؤون الأسرى والمفقودين.
5. مكتب الشهيد - الديوان الأميري.
6. الأبحاث التي قدمت بالندوة التي نظمتها رابطة الاجتماعين (حول الآثار النفسية والاجتماعية الناتجة عن العدوان العراقي على دولة الكويت).
7. إعادة تأهيل الطلبة الكويتيين الأسرى أ. د. عبد الله يوسف الغنيم (مركز الدراسات والبحوث).
8. مسودة بعض المصطلحات العلمية إعداد (مكتب المتابعة لمجلس وزراء الشؤون الاجتماعية لدول مجلس التعاون الخليجي بدولة البحرين).

المناقشات والتعقيبات

د. لولوه حماده:

بالنسبة إلى التوصيات فهي كما سمعتها من د. لطيفة ممتازة بل أكثر من ممتازة، ولكن أود أن أعرف ما هي الجهة أو الجهات المنوطة بوضع هذه التوصيات العظيمة موضع التنفيذ؟

د. عبد الوهاب الظفيري:

الحقيقة أود أن أثير ثلاث قضايا ينبغي الوقوف عندها، وهي:

- ظهور المعاق اجتماعيا.
- الاستعداد لاستقبال الأسرى.
- زيادة نسبة المدخنين في المجتمع الكويتي بعد الغزو ومقارنته بما قبل الغزو.

وسؤالي هو: هل هناك برامج تأهيلية لإعداد أخصائيين لديهم القدرة على التعامل مع هذه الفئات الجديدة (القديمة) في المجتمع الكويتي؟ شكرا.

د. محمود البستان:

الحقيقة الدكتورة حلقت بنا بتوصيات رائدة، ولكن سؤالي كما قالت الدكتورة لولوة: من المنوط أو المسؤول عن ترجمة هذه التوصيات إلى واقع عملي؟ وما هي الأولويات من هذه التوصيات التي يجب أن تطبق وتدخل في المجال العملي والواقعي؟ لقد ناقش الدكتور بدر موضوع الإعلام ودوره دون أن يعطي النموذج المقترح من الجهة المختصة التي تحس بالمشكلة وتنفعل بها، لكن نساعد في الحقيقة أجهزة الإعلام على القيام بدورها على الوجه الأكمل وشكرا.

د. طلعت منصور من جامعة عين شمس:

الحقيقة هناك بعض القضايا التي يجب أن نطرحها مع التفكير في بعضها الآخر، فالتقرير يتناول الإعاقات المرتبطة بالأحداث الصدمية التي خبرت نوعا من الإصابة الجسمية بدرجات ومستويات مختلفة، بحيث أصبح الشخص معاقا بعاهة شبه مستديمة كليًا أو جزئيا حسب تصنيفات الإعاقات المختلفة. هذه النقطة تحتاج إلى تأكيد وتوضيح من خلال الإحصائيات التي تعكس نسبة الإعاقة والإصابة موثقة بالوثائق اللازمة حتى نستطيع أن نبحث في الاستراتيجيات

التأهيلية والإرشادية والعلاجية والتربوية اللازمة لمثل هذه الفئات. نقطة أخرى وهي ما طرح بشأن التربية الخاصة، وأنا شخصيا أرى أنه في هذا المجال يجب وضع برامج خاصة للأشخاص الذين تضرروا من هذه الكارثة بإصابات متنوعة، وبالنسبة إلى ما يتعلق ببرامج الأسرى طبعا، توجد نماذج عالمية موجودة في مراكز وأماكن مختلفة في واشنطن وغيرها نأخذ منها ما يناسبنا لذلك ينبغي وضع استراتيجية بل استراتيجيات مختلفة، فالأسرى ليسوا من نمط واحد، فهناك أسير عانى الأسر، وقد يكون هناك أسرى كثيرون خرجوا من الأسر أقوى مما كانوا، سوف نجد أنماطا وأنواعا مختلفة يتراوح ما بين أقصى السلبية إلى أقصى الإيجابية، هناك نماذج رائعة ويجب أن نضع برامج وليس برنامجا واحدا. وبالنسبة إلى الإعلام ينبغي أن نجلس مع الخبراء والفنيين ونضع التوجهات الأساسية للنماذج الإعلامية الجيدة وشكرا.

د. نوريه الخرافي:

أود أن نناقش أمرا أو قضية هامة وهي تمس الواقع وتدور حول موضوع تأهيل الأسرى، حينما نقول للأم (أم الأسير)، بأن ولدها سوف يرجع إلى الوطن ونبدأ في تأهيلها لرجوع ولدها، في حين أن الابن الأسير قد يرجع وقد لا يرجع، وفي حالة عدم الرجوع أتصور أن الأم سوف تتحطم. والسؤال هو: ما هي نوعية البرامج التي يمكن أن تعد لهذه الأسر؟

النقطة الثانية: تتعلق بقضية الإعلام مع تقديري للأفكار التي طرحها الدكتور طلعت وهي أن نجلس ونضع برامج للإعلاميين فهذه تطلعات ممتازة، نتمنى أن نطبقها على أرض الواقع، ولكن الأماني والتطلعات شيء والواقع الإعلامي عندنا شيء آخر وشكرا.

الدكتورة لطيفة الرجيب:

أشكركم جميعا للملاحظات والاستفسارات القيمة التي أبديتموها، وإن كان بعضها متشابها إلا أن هناك بعض الملاحظات أود أن أوضحها:

سؤال د. لولوه حماده عن الجهة أو الجهات المسؤولة عن تبني هذه التوصيات. أنا معها في هذا التساؤل. نحن في اللجنة الوطنية لشؤون الأسرى نبذل كل الجهود لوضع استراتيجية تنموية للتعامل مع أهالي الأسرى، وهذه

مسالة معقدة جدا. الذي أود أن أقوله أنه يجب ألا تنفرد اللجنة الوطنية لشؤون الأسرى والمفقودين بهذه المهمة بل لا بد أن يكون هناك فريق عمل متكامل يمثل فيه جميع الجهات المعنية التي لها علاقة بهذا الموضوع، وعلى سبيل المثال: المختصون في الجامعة، ومن لهم علاقة بالطب النفسي والبرامج الاجتماعية مكتب الشهيد، مكتب الإنماء الاجتماعي... فريق متكامل لأن القضية كلها مرتبطة ببعضها حتى وزارة العدل لها علاقة بالموضوع.

وبالنسبة إلى النقاط التي طرحها د. عبد الوهاب الظفيري فيما يخص المعاق اجتماعيا، والاستعداد لاستقبال الأسرى بالأخصائيين النفسيين، أنا أقول بكل صراحة لا توجد حاليا برامج خاصة للأخصائيين والأخصائيات، إلا أن الأخصائيات الموجودات حاليا في مكتب الخدمة الاجتماعية يشكرن على الجهود التي يبذلنها في لقاءاتهم مع أسر الأسرى ولديهم الاستعداد الجيد للتعامل مع أهالي الأسرى.

وبالنسبة إلى فلسفة الدولة لرعاية أسر الأسرى في الحقيقة الدولة تشكر لما تعده من رعاية لأهالي الأسرى وذلك من خلال اللجان المشكلة من الجمعيات الأهلية والجهات الحكومية، وبهذا فقد وضعت الدولة القاعدة الأساسية لتوفير الاحتياجات المادية بكل السبل، كما أعفتهم من رسوم الكهرباء ووضعت لهم الأولوية في الإسكان. لقد وضعت الدولة القاعدة الأساسية ثم يبدأ الانطلاق بعد ذلك عن طريق الجمعيات الأهلية والجمعيات المهنية والجهات التي لها علاقة بالموضوع.

وعمّا طرحه د. طلعت منصور من أن بعض الإعاقات مرتبطة بالشخص نفسه، طبعا أنا قصدت الإعاقة الجسدية من الناحية النفسية والصحية ومن جميع النواحي، لأن الإعاقة كما تفضلت الإعاقة الجسدية يمكن علاجها، ولكن عندما تكون الإعاقة نفسية مصحوبة بإعاقة جسدية هنا يأتي دور الدراسات النفسية والإرشاد النفسي والطب النفسي. وبالنسبة إلى الإحصائيات الخاصة بأنواع الإعاقات فيجب أن تكون هناك إحصائيات وإن كانت موجودة في بعض الدراسات، وإن شاء الله تؤخذ هذه الملاحظة في الاعتبار. وبالنسبة إلى البرامج الخاصة بالمتضررين فمن البديهي أن ليس لها علاقة في التربية الخاصة، لأن الموجودين في التربية الخاصة بعضهم ولدوا وهم معاقون ذهنيا وجسديا ونفسيا مثل

الموجودين في مدارس التربية الخاصة وفي دور الرعاية الاجتماعية. وبالنسبة إلى المراكز العالمية التي تفضلت بها وأهمية زيارتها فمن المؤكد أن المختصين في الجهة المعنية التي ستتولى عملية تأهيل أسر الأسرى قد قاموا بجولات وزيارات متعددة لمراكز متخصصة في واشنطن وفرنسا للاطلاع على الأساليب الجديدة التي طبقت في معالجة هؤلاء الأسرى أثناء الأسر وبعد الخروج من الأسر، كما أنه من المتوقع أيضا أن نجد بالفعل أنماطا مختلفة من الأسرى كما تفضل د. طلعت فمنهم من يخرج أكثر قوة وصلابة، ومنهم من يخرج على الطرف الآخر من السلبية والضعف والانهزامية، ويحتاج بالفعل إلى علاج وترشيد وتأهيل.

وبالنسبة إلى الدكتورة نوريه الخرافي: أثارت قضية مهمة جدا: وهي تتعلق بضرورة مصارحة الأم بحقيقة الأمر عن موضوع الأسرى وأن هناك 605 ملف أسير قدمت إلى الصليب الأحمر وإلى الأمم المتحدة وأن العراق أنكر ذلك في البداية، ثم عاد واعترف بوجود 126 أسيراً فقط، وطلب تحديث بياناتهم، وقد تم ذلك ولم يفرج عنهم بعد، طبعا سوف يكون للأم رد فعل سلبي إزاء هذه المعلومات وتلك المتناقضات والمغالطات من العدو العراقي الغاشم وأجهزته الإعلامية.

من ناحية الإعلام كما تفضلت تنقصنا البرامج الخاصة بالتوعية نحن نحتاج بالفعل إلى فريق عمل متكامل، يدعم الإعلام، ولديه الاستعداد لتقبل هذا العمل والقيام بأداء رسالته بكل راحة وسعة مع تسليط الضوء على القضايا التي تؤرق الفرد والمجتمع. وفي النهاية لا يسعني إلاّ أن أشكر الجميع على هذه التوجيهات والملاحظات التي سأضعها إن شاء الله موضع الاهتمام والله يوفقكم.

د. بدر بورسلي:

قبل أن أختم الحديث، إذا كان هناك أحد لديه تعقيب فليتفضل.

د. محمود بستان:

الدكتورة لطيفة والدكتورة نوريه ركّزتا على الجانب الإعلامي فقط في حين أن المشكلة موجودة في جميع القطاعات بالمجتمع الكويتي، وأنا أعتقد أن انعدام تكافؤ الفرص ينعكس على أغلب قطاعات المجتمع، ولأننا ننشد مجتمعا متكاملا، فنحن نسعى إلى التنمية وليس إلى

الاتكالية، نسعى للإنتاج وليس للاستهلاك، نسعى إلى مواطن يبني وليس إلى مواطن يهدم، فالمشكلة هنا بالفعل مشكلة كبيرة... وهي مشكلة تأهيل مجتمع بأكمله بمختلف قطاعاته، يجب علينا ليس فقط أن نشخص واقعنا بل أن نطرح البدائل والحلول وألاّ يكون النقد لمجرد النقد فقط، وشكرا.

د. لطيفة الرجيب:

أود أن أعقب على د. محمود: رأيك في محله ولكن من الأهمية بمكان أن نحدد من هو هذا الشخص المسؤول الذي يتحمل المسؤولية: هل هو المجلس الأعلى للتخطيط؟ كما ينبغي أن نتوخى الدقة في اختيار الأشخاص الذين هم على مستوى المسؤولية لقيادة فريق العمل لتحقيق خطة شاملة متكاملة لتأهيل المجتمع وإعداده لمستقبل أفضل.

د. بدر بورسلي:

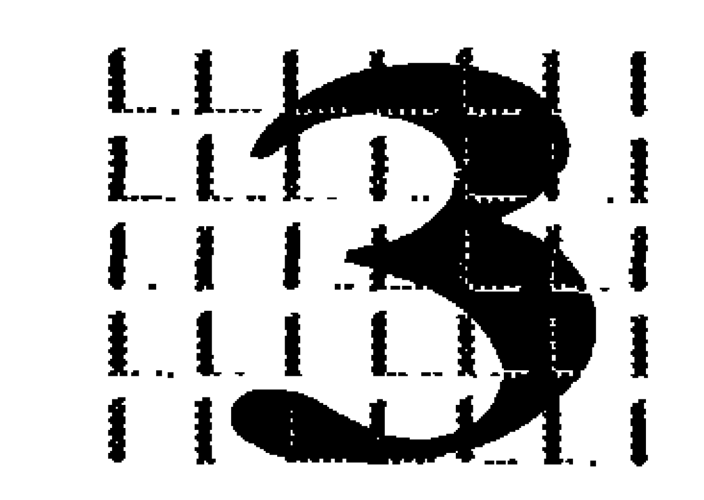
أود أن أعلق على بعض الملاحظات لكي أختم بها هذه الجلسة. في البداية كانت لي ملاحظة حول موضوع التوصيات، ومثلما قالت الدكتورة لطيفة، نحن جميعا مسؤولون عن هذه التوصيات ونحن نتبع أسلوبا جيدا في مكتب الإنماء الاجتماعي في مسألة التوصيات وهو إشراك الجهات حيث المفروض أن يرسل لهم البحث لإشراكهم في مشروع البحث، وأنا أعتقد أنه لو اتبع هذا الأسلوب لتبلورت الإجابة على التساؤل: من يقوم بتنفيذ التوصيات؟

المسألة الثانية: حول التساؤل الذي يقول: هل نؤهل الفرد أم نؤهل المجتمع؟ وأنا أعتقد أن تأهيل المجتمع لا يقل أهمية عن تأهيل الفرد، وكما أن للفرد أساليب تأهيل فإن للمجتمع أساليبه وطرقه أيضا. وذلك يمكن أن يأتي من خلال فرق العمل أو مجموعات العمل ومن خلال المشاركة الجماعية فالتأهيل والتنمية شأنهما شأن التربية، مسؤولية مشتركة وهي مسؤولية الجميع.

وفي الختام أشكر الحضور على هذا التفاعل المثمر كما أشكر الدكتورة لطيفة على هذا البحث وعلى هذه المشاركة، وفقكم الله...



الجلسة الثالثة



نظرة في استراتيجيات تأهيل ضحايا العدوان العراقي على دولة الكويت

رئيس الجلسة : د. نورية الخرافي

المتحدث الرئيسي : د. عبدالله حمادي/د. جعفر بهبهاني

ملخص البحث

إن أهم المشاكل التي تواجه المتضررين من العدوان هو التأقلم مع الحياة العملية بعد التحرير.

خطط التأهيل الموجودة التي تمارس من قبل المراكز المعنية بتأهيل ضحايا العدوان العراقي لم تضع ضمن استراتيجيات خطط التأهيل هذا الجانب بنظرة شمولية. وأصبح عدد لا يستهان به من هؤلاء عرضة للمشاكل في الحياة العملية. في هذه الدراسة الوصفية - الرجعية، تمت دراسة 744 من ضحايا العدوان العراقي: مدنيين وعسكريين الذين تم تشخيصهم طبيا باستخدام مقياس CAPS أو مقياس PTSS على من هم يعانون من اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة وأمراض نفسية أخرى مصاحبة له مثل الاكتئاب، القلق، الوسواس، الإدمان. فتبين أن 139 من الذكور (25%) من العينة كانت لهم مشاكل كبيرة في العمل وكان تقييم لجان العمل لهم: 33(24%) غير لائق للعمل (تقاعد أو تسريح)، 27(19%) تم تحويلهم جزئيا إلى درجة وظيفية أقل بعيدا عن المسؤولية، 60(43%) تم منحهم إجازات طويلة. 11 من الإناث (6%) من العينة كانت لهن مشاكل كبيرة في العمل، وكان تقييم لجان العمل لهن: 4(36%) غير لائقة للعمل (تقاعد أو تسريح)، 2(18%) تم تحويلهن جزئيا إلى درجة وظيفية أقل بعيدا عن المسؤولية، 1(9%) تم تحويلهن كليا إلى درجة وظيفية أقل بعيدا عن المسؤولية، 3(27%) تم منحهن إجازات طويلة. إن الخطط والإستراتيجيات المقترحة لا بد أن تتضمن الاهتمام بالناحية العملية للمتضرر إلى الجوانب الأخرى.

وتناقش الدراسة الخطة المقترحة للباحثين في هذا المجال:

استراتيجيات التأهيل لضحايا العدوان العراقي.

أ- مركز قومي لتسجيل ضحايا العدوان العراقي: (المركز القومي للتسجيل).

1. التسجيل

أ. ضحايا الإصابات الجسدية:

1. المصابون أثناء القتال.
2. المصابون بسبب التعذيب.
3. المصابون بسبب الألغام.
4. إصابات أخرى.

ب. ضحايا الإصابات النفسية.

2. التكريم: (الرمزي)

الوقاية:

1. الوقاية الأولية: جهاز إعلامي تخصصي مدعم بخبراء في علم النفس.
2. الوقاية الثانية: فرق تفريغ واستخلاص المعلومات.
3. الوقاية الثالثة: المراكز العلاجية والاستشارية:

- المستوى الفردي: مركز الرقعي التخصصي، مكتب الإنماء الاجتماعي.
- المستوى الوطني: برامج متكاملة للتأهيل الجماعي.

حـ - التأهيل العملي وإعادة التدريب: (التدخل للعودة السريعة للعمل).

د - التأهيل الاجتماعي.

مقدمة

إن غزو دولة الكويت واحتلالها في عام 1990-1991 نتج عنه عدد كبير من الضحايا المعاقين الذين يحتاجون إلى التأهيل. هنالك ما لا يقل عن 1500 فرد أصيبوا أثناء الاحتلال بسبب الذخائر أو بعد التحرير بسبب الألغام أو بسبب إصابات أخرى من إصابات الحرب. وبناء على نوع الإصابة الجسدية والنفسية وشدتهما مجتمعتين فإن مدى العجز الجسدي يتفاوت بين هؤلاء.

وهناك فئات أخرى كذلك مصابة بأنواع أخرى من الإصابات فهناك أكثر من 7000 فرد تم إطلاق سراحهم بعد التحرير، وعلى الأقل فإن 50% منهم قد تعرضوا للتعذيب الجسدي، معظمهم قد تعرض للتعذيب النفسي (الحمادي 1994). وبجانب ذلك فهناك ما لا يقل عن 20000 مواطن تم اعتقالهم وإطلاق سراحهم أثناء الاحتلال (لمدة ساعات، أيام لغاية 1-3 أشهر). وكذلك هناك لا يقل عن 350 مواطن تم إعدامهم أثناء الاحتلال. ولا

يزال أكثر من 600 مواطن معتقل لدى النظام العراقي. وفي دراسة مسحية للمجتمع الكويتي (الحمادي وآخرون 1993) تبين أنه بسبب الإصابات التي تعرض لها المجتمع أثناء الاحتلال فإن هناك 16% من البالغين و11% من الأطفال في عام 1993 يعانون من اضطرابات ضغوط ما بعد الصدمة.

وفي دولة الكويت كما في كثير من دول العالم التي تعاني من كارثة قومية كبيرة لم يكن لها حساب، مع حجمها فإن الخدمات المقدمة للناجين من هذه الكارثة (جسديا، نفسيا، اجتماعيا) قدمت بعد انتهاء الأزمة بشكل غير متكامل، وغير منتظم، وغير منسق.

وبالتالي فإن العديد من ضحايا العدوان العراقي لم يوضع لهم تصور من قبل في خطط التأهيل الحكومية للمعاقين بسبب العدوان، وبالتالي نجم عن ذلك ضعف الأداء لهؤلاء الناجين، وعدم التكامل في خطة العلاج الفردي أو الجماعي. إن وضع برنامج تأهيلي متكامل لهؤلاء الضحايا ليصبحوا جزءا من هذه البيئة التي نعيش فيها هو جانب هام من جوانب تأهيل المجتمع للتخلص من آثار العدوان العراقي. ومن خلال الدراسات والبحوث التي قامت بها قطاعات عديدة في المجتمع في مجالات مختلفة أصبحت الرؤية واضحة لدى الدارسين في هذا المجال نحو ضرورة وجود خطة تأهيلية متكاملة. وهذا لا يتوافر إلا بتضافر الجهود لمختلف المؤسسات والهيئات المناطة بالتأهيل في الدولة.

هناك القليل من الإحصائيات المعتمدة لحصر جميع ضحايا العدوان العراقي كما بينا أنواعها. ولقد حاولنا في هذه الورقة تقدير حجم المشكلة المتعلقة بالعدوان العراقي. وإذا بحثنا الأضرار النفسية على حدة والإعاقات الناجمة عنها كانت وحدها مشكلة ذات أبعاد، فليس الفرد فقط هو المعني ولكن أسرته كذلك قد تتأثر وتصاب بهذه الأضرار النفسية. وبالتالي فإن صياغة نموذج للتأهيل ليكون فاعلا تقتضي أمورا يجب أن تتحقق:

1 . استشارة مستمرة وفعّالة بين مركز التأهيل والمؤسسات والهيئات الأخرى المناطة بجزئية من عملية التأهيل.
2 . أهم أهداف هذا المركز هي أن تكون له إدارة منظمة (علاقات عامة قوية) لتضمن تطبيق ومراقبتها سير الإستراتيجيات المرسومة.
3 . تحديد المتطلبات المهمة.

4. الدعم المستمر لهذا الجهاز، قسم إعلامي - نفسي: إعلام الشعب، وقبول الفكرة.

الأهداف

1. إن الغاية من تأهيل ضحايا العدوان العراقي هو إعادتهم إلى أقرب ما يكون إلى وضعهم السابق للعدوان (قبل الإصابة): نفسيا، جسديا، اجتماعيا، عمليا والتركيز (قدر الإمكان) على زيادة مهاراتهم وقدراتهم، وأدوارهم في نطاق أسرهم ومجتمعهم، وكذلك مساعدتهم للعودة إلى عملهم أو عمل آخر منتج.
2. التأهيل يرمي إلى زيادة إمكانيات الفرد للتغلب على أي آثار للإعاقة مع الأخذ بالاعتبار دور هذه الإعاقة في التأثير على حياة هذا الفرد: الاجتماعية، العملية.
3. التعرف على الإصابات عالية الخطورة (الإصابات التي تؤدي إلى الإعاقات) وآثارها البعيدة. فالتقدم الطبي جعل كثيرا من الإصابات الحادة يمكن التحكم بها، ولكنها تخلق فردا بإعاقة. فالمسؤولية تقع علينا لتحسين نوعية الحياة ودرجتها بعد الإصابة، وضمان أن الناجي سوف يعود إلى أعلى درجة وظيفية من الناحية (الجسدية، النفسية، الاجتماعية) التي يمكن أن يقوم بها. وأن يكون ضمن استراتيجيات التأهيل آلية للتعرف على من سوف يعاني من المعوقات القريبة والبعيدة بسبب الإصابة وكيف يمكن التقليل منها قدر الإمكان.
4. تكوين نماذج للتعرف على المصابين نفسيا (حقيقة) من المستفيدين من الخدمة (Malingerer). المجموعة الأولى يكون لديهم عادة شعور بالذنب، يفصحون بسهولة عن تجربتهم، يكون الفرد متحملا، وينكر، ويعاني، في حين القسم الآخر يعطي وصفا حزينا لتجربته ويلوم الآخرين على مشاكلهم ويفصح عن تجربته بصورة تجلب انتباه الآخرين، والاختصاصيون المتمرسون في هذا المجال يسهل عليهم من واقع الخبرة التفريق بين المجموعتين.
5. تقييم احتياجات ومطالب كل فرد: الطبية، النفسية، الكفاءة والاهتمام، مراقبة السلوك من خلال الاستشارة والتوجيه. لأن الفرد مع مستشاره يستطيعان العمل على وضع خطة شخصية (لكل متضرر على حدة)

للتأهيل مع خطوات العمل وجدول الوقت لتطبيق ذلك. ومن الممكن أن تحتوي هذه الخطة على: التعليم، التدريب، العمل، المساعدات، وخطوات أخرى تساعد في عملية التأهيل. إن المستشارين (النفسيين) المتخصصين في عمليات التأهيل لديهم كم من المعلومات عن الإعاقات مثل : إصابات الرأس، إصابات الظهر، الإصابات الناتجة عن التعذيب، فقد السمع أو البصر وإصابات أخرى الناتجة عن الحرب. وذلك عند مساعدة الفرد على أن ينقب في المصادر الكامنة في المجتمع، وأن يصبح أخصائي التأهيل منسقا لطلب هذه الخدمات أو الخدمات الأخرى في المجتمع.

التأهيل العملي

إن العدوان الذي تعرضت له دولة الكويت خلّف أعدادا لا يستهان بها من الضحايا الناجين من هذا العدوان الذين دخلوا في مفهوم التأهيل الذي يتطلب "إعادة التكامل" لهؤلاء الأفراد في المجتمع: جسديا (للمصابين)، نفسيا، اجتماعيا، تربويا، ....الخ. إن مفهوم التأهيل المتكامل لضحايا العدوان العراقي ينطوي على عمليات متكاملة لإعادة (إرجاع) المصاب إلى عمل مفيد وعمليات متواصلة للعلاج، وهذا هو المفهوم الواسع (الشامل) للتأهيل.

إن أهمية النقلة (نقلة المجتمع) إلى التأهيل المتكامل لضحايا الحرب بعد العدوان يتطلب الحد من البطالة النامية للناجين من هذا العدوان. وبغض النظر عن نوع الإصابة ونوع العمل الذي يقوم به المصاب فإن الطريق المتاح لهم ينطوي على:

أن كل مدني:

(1) حكومي.

- إداري.
- فني.

(2) غير حكومي.

- إداري.
- فني.

يستغنى عنه وإما يتقاعد مبكرا إذا كانت نسبة الإعاقة أكثر من 50% أو يتقاضى راتب التقاعد على حسب نسبة الإعاقة. وإن كان عسكريا يتقاعد على حسب نسبة الإعاقة.

إن تشريع قانونٍ لتأهيل هؤلاء من

الناحية العملية سوف يسهم بشكل كبير في عملية التأهيل المتكاملة، لأن اليد والعقل العاطلة سوف تؤدي بشكل حتمي إلى تدهور أخلاقي لكننا إذا أشغلنا اليد والعقل بأسلوب علمي فإن ذلك سوف يسهم في تنمية هذه الفئة.

وإن إيجاد حلول للمعوقات المحتملة لهؤلاء التي تحد أو تعرقل رجوع هؤلاء لأعمالهم يعتبر من الأولويات في استراتيجيات التأهيل المتكامل، لأنه بالعمل تحفظ الكرامة الذاتية، ويتحقق الاستقرار بوجود دخل متوازن مع متطلبات الحياة (مثلما كان قبل الإصابة) يحفظ الاستقرار الأسري. فلكل إنسان (تقريبا) متضرر بسبب الحرب، يمكن مساعدته، وذلك بأن يفتح له زاوية أو دربا، وهو واجبنا، كان المدخل له للتأهيل المتكامل. فكل فرد يجب أن يدرس في ضوء إمكانياته ويوجد له عمل ملائم لإعاقته ويحضر لها (بالتدريب). وهذا الإجراء بحد ذاته سوف يبدد الصورة المظلمة لديه ويحفزه إلى الاستفادة القصوى من الإمكانيات المتاحة له.

وهناك عناصر أخرى يجب أن نجريها في بناء (استقلالية الإعاقة) فالأسرة تدخل في نفس المشكلة، التي يعيشها المتضرر الذي تظهر له صورة من سبقه من المتضررين والمآل الحتمي الذي وصلوا إليه، والذي يلوح له في أفقه باستمرار وإذا ترك لنفسه في هذا الوضع وحيدا فإنه سوف يصل إلى قناعة أنه لن يستطيع تغيير وضعه، وسوف يكون تابعا بقية حياته. والمعالجة السليمة لهذا الموضوع سوف تخفف من وطأة هذه المشاكل وتحسن من وضع هذا المتضرر.

إن رجوع المتضررين (خاصة العسكريين إلى عملهم السابق ثبت في كثير من الحالات أنه مستحيل لذلك لا بد من حلول لهذه المشكلة ذلك أن أحد أهداف التأهيل هو: إعادة (بدرجة كاملة قدر الإمكان) القدرة للمتضرر ليأخذ وضعه في المنظومة الاجتماعية فردا معتمدا على نفسه ومواطنا مستقلا دون إعاقة بسبب الحرب. وبالتالي فإن أخذ مكانه في المنظومة الاجتماعية للمجتمع تعني العمل لكسب الرزق.

وفي حالة وجود إعاقة جسدية وكون الناجي من الحرب غير قادر على القيام بعمله قبل الإصابة فإن ذلك يؤهله إلى التدريب المهني.

ويمكن الاستفادة منهم في قطاعات

عديدة في الصناعة التي تحتاج إلى الأيدي العاملة المدربة.

وتدل التجربة الإسترالية للناجين من الحرب العالمية الثانية على أن: (الرجال المتضررين تم تدربهم وتأقلمهم على الحياة العملية الجديدة، وهم اليوم يقومون بنجاح في مجال عمل جديد «القدرات العملية للمتضرر» «Working ability of disabled».

إلا أن المستفيدين غير الحقيقيين من الممكن أن يتسربوا إلى هذه الشبكة فيستفيدوا من الخدمة بغير وجه حق.

إن النظرة إلى متضرري الحرب على أنهم يستطيعون الإسهام في المجتمع بشكل فاعل يعتبر خطوة كبيرة متقدمة على أنهم مسهمون وليسوا مستقبلين للإعانة (الصدقة).

أهداف إدارة العمل لمتضرري العدوان العراقي

1 . تصنيف المصابين حسب نوع الإصابة إلى شرائح وبعد التقييم يمنحون أفضل إمكانيات التأهيل المتوفرة.

2 . تحديد الحقوق والواجبات.

3 . تحديد المعوقات (الطبية، النفسية) لكل فرد لتأمين رجوع الفرد المبكر إلى العمل وفحص إمكانية تطوير بيئة العمل إذا دعت الحاجة ليتلاءم مع الفرد.

4 . فريق لإدارة الحالات: قد يدعى إليها المشرف على عمل الفرد، المختصون بتأهيل الفرد، الفريق الطبي وأي فرد له دور في تأهيل المتضرر.

5 . وضع خطة لإرجاع الفرد إلى العمل.

6 . السرية التامة للمعلومات والملفات والاجتماعات.

7 . الدعم الاجتماعي للفرد أثناء عمليات التأهيل.

8 . متابعة الحالات من خلال الاجتماعات الدورية ومراجعة جميع من رجع إلى عمله أو أخذ عملا للتأكد من:

9 . الوصول إلى أفضل وضع عملي للفرد (التأهيل - الشفاء).

10. الأمان من الناحية الصحية، والعملية للفرد.

11 . استمرارية مشاركة الأطراف الأخرى.

12 . التأكد من خط السير للوصول إلى الأهداف والغاية من التأهيل.

13 . تقارير دورية مع التوصيات.

المناقشات والتعقيبات

د. نورية الخرافي:

شكرا جزيلا د. عبد الله حمادي وكما عودتنا دائما أبحاثك دسمة وثرية، وقبل أن أفتح المجال للمناقشة أود أن أسأل سؤالين:

الأول: ما هو سن التقاعد المبكر؟ الذي نعلمه أنه بعد العشرين للرجل المتقاعد. وما هو قانون التأمينات؟ وهل القانون التقاعدي ينطبق عليهم أم لهم قوانين خاصة بهم؟

الثاني: هل توجد في مؤسسات الدولة خططاً لتأهيل هؤلاء بمراكز التأهيل، فقد اتخذ مركز الرقعي التخصصي خطوة في هذا الاتجاه واتصل بالمؤسسات.

د. عبد الله حمادي:

بالنسبة إلى العُمرْ لم تأخذه اللجنة بعين الاعتبار، فالإعاقة عندنا من جميع الأعمار. يوجد عند 7 من سن 20- 25 والمتوقع أنهم لا يزالون في بداية عملهم، و9 من سن 25-30، 4 في سن30- 35، و2 في سن 35- 4، و2 أكبر من سن 40. هذا بالنسبة إلى العسكريين، أما المدنيون: 2 في سن 20- 25، و3 في سن 25- 30.

كل هؤلاء في سن مبكرة بالنسبة إلى التقاعد بمعنى أن معظمهم لم يكملوا خمس سنوات في عملهم وبعضهم من 10-15 سنة أما بالنسبة إلى مركز الرقعي فهو جهة لتقديم العلاج النفسي بشكل خاص، أما إيجاد فرص العمل أو توفيرها، فيخرج عن اختصاص المركز إذ ينبغي أن يكون هناك جهة تختص بذلك.

د. بدر بورسلي:

أود أن أعقب على مسألة (التقاعد) وما تقوم به اللجان الطبية، فإنه يجب فعلا النظر في كل حالة هل تستحق التقاعد أم لا؟ ومدى قدرته على العمل، وذلك من خلال إعطاء فرص للتدريب لمدة 6 شهور مثلا، تجدد إلى ستة شهور أخرى، ثم يفحص طبيا، ويعطى له التقاعد على أسس طبية، وأعتقد أنه يوجد قانون في التأمينات الاجتماعية حول التقاعد على أسس طبية، لذلك يجب أن تكون هناك مؤسسة ترعى هذا العمل الخاص بشريحة موجودة في المجتمع، ويمكن الاستفادة من تأهيلهم وإسهامهم في تنمية المجتمع.

د. نورية الخرافي:

أعتقد أن مكتب الإنماء الاجتماعي ينبغي أن يتبنى هذا الموضوع خاصة وأن المكتب في خدمة الجميع وفي مختلف المجالات.

د. فهد الناصر:

أشكر الدكتور عبد الله على هذا البحث الذي أفادنا كثيرا، وإن كنت أود أن أؤكد على أن مكتب الإنماء الاجتماعي قد وضع يده بالفعل على الجرح في قضية المتضررين من العدوان، وكيف خسروا عندما أحيلوا على التقاعد وتضرروا ماديًا، وقد تم الاتصال بمجموعة الشهيد الحي للاتصال بالحالات المتضررة من المعاش التقاعدي، وقد تم بالفعل مخاطبة التأمينات، وتم تشكيل اللجنة المختصة من مستشار عام التأمينات مع مدير مكتب الإنماء الاجتماعي وتم طرح هذا الموضوع وإحالته إلى مجلس الوزراء. علما بأن المادة رقم 80 من قانون التأمينات الاجتماعية تنص على أنه يجوز زيادة المعاش التقاعدي بقرار من مجلس الوزراء. هذا وقد تم إعادة بعض المتضررين إلى أعمالهم من خلال الاتصالات الشخصية حيث قام مكتب الإنماء الاجتماعي بهذه الاتصالات. وشكرا.

د. عبد الله حمادي:

أعتقد أنه من الأهداف الأساسية لمكتب الإنماء الاجتماعي: إعادة بناء الذات الكويتية لتقوم بدورها في نمو المجتمع الكويتي وتطوره، ولاشك أن المكتب قام بالخطوات الأولى في هذا الاتجاه غير أن هذه الخطوات تحتاج إلى تطوير أكبر وأشمل، وذلك من خلال فريق عمل يتكون من المستشار النفسي ومعه مستشار في التأهيل العملي والأخصائي الاجتماعي يعملون معا ويحددون للفرد توجهاته وقدراته، وكيف يستفيد من هذه القدرات، وكيفية تأهيله إلى نوعية العمل، ويجب أن تكون هناك جهات مختصة تابعة لمكتب الإنماء الاجتماعي حيث طبقت الفكرة في لجنة الشهيد الحي وكان لمكتب الإنماء الاجتماعي خطوات رائدة في هذا المجال.

د. حصة الناصر:

جزاكم الله خيرا على هذه الدراسة أنتم ومن عاونكم من أعضاء فريق العمل، ولدّي سؤالان:

الأول: حول عينة الدراسة حيث لم

يتضح بالعينة نسب المصابين بنوعياتهم، حيث نكر في البداية أن هناك مصابين جسديا ومصابين نفسيا. نتمنى أن نعرف تحديدا نسبة كل نوع من المصابين من إجمالي العينة 744 شخص.

الثاني: أود أن أعرف ما هو المقصود بمشاكل في العمل؟ ما هو المقصود بالضبط؟ هل هو كثرة التغيب أو هل هناك تفصيل أكثر حول مشاكل العمل لهذه الفئة. وشكرا.

د. عبد الله حمادي:

بالنسبة إلى سؤالي د. حصة: النقطة الأولى عن نوعية الإصابات للعينة (744) هم ممن يعانون من اضطراب الضغوط النفسية للصدمة بعض النظر عن الإصابة الجسدية ومعظمهم كما بينت لكم من الأسرى النين عانوا من ضغوط ما بعد الصدمة هذا بالنسبة إلى السؤال الأول.

أما عن النقطة الثانية، وهي عن مشاكل العمل، كما قلت في البداية إن مشاكل العمل تطرح عادة من جانب المريض نفسه حيث لا يستطيع أن يتأقلم في عمله وينقطع عن عمله شهرا أو شهرين، إذ بين العسكريين يمكن أن تكون هناك محكمة عسكرية، فقد يحجز فترة طويلة ثم يكتشف بعد نلك أنه يعالج في الطب النفسي أو يراجع مكتب الإنماء الاجتماعي أو مركز الرقعي، ثم يطلب أن يعرض على لجنة طبية، المشكلة فعلا موجودة ولا تزال تشكل ظاهرة سلبية في المجتمع، لأنهم قد يتجهون اتجاهات غير سوية سواء من الناحية الأخلاقية أو النفسية. وشكرا.

د. بدر بورسلي:

أود أن أعقب على ما قاله د. عبد الله قبل قليل عن المرسوم الأميري لمكتب الإنماء الاجتماعي وأنه هو المسؤول عن إعادة التأهيل، .. هذا صحيح، ولايوجد لدى مكتب الإنماء أي موانع ولديه الاستعداد لتأهيل وتدريب الأخصائيين في أي إدارة من إدارات الدولة للقيام بهذا الدور ولكن أن يقوم مكتب الإنماء نفسه بالتدريب وعملية التأهيل للأشخاص للقيام بأعمال معينة فهذا يحتاج إلى ميزانية خاصة لا تتحملها ميزانية مكتب الإنماء المحدودة. فمن حيث الاختصاصات نعم إعادة التأهيل ضمن الاختصاصات ولدينا بمكتب الإنماء البرامج التأهيلية الطويلة والقصيرة المدى ولكن في حدود إمكانيات المكتب ولتدريب الأخصائيين فقط. وشكرا.

د. لولوه حماده:

في البداية أحب أن أكرر ما قاله الزملاء بأن أشكر الباحثين على هذه الدراسة الجيدة بالفعل، ولقد استمتعت بقراءتها والاستماع إليها. وملاحظتي فقط على الجدول المعروض أمامنا وهو عن المصابين نفسيا، وقد خصصتم البالغين بالأمراض النفسية، وميزتم الأطفال بالمشاكل السلوكية، والأمراض النفسية غالبا ما تكون أسبابها ليست ناتجة عن الصدمة. في حين الاضطرابات السلوكية أحيانا تكون ناتجة عن أسباب نفسية، وأن البالغين مثلما سمعت في عرضكم للبحث توجد عندهم أيضا اضطرابات سلوكية نتيجة تعاطي المسكرات أو مشاكل سلوكية في العمل.

د. عبد الله حمادي:

اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة مدرج في الدليل الإحصائي الأمريكي 1980 أحد الأمراض النفسية، وبالتالي هو مرض نفسي بمعنى أن الضغوط النفسية تنجم عن تعرض الإنسان لحادثة خارجة عن نطاق تجارب إنسانية معتادة، وهي بشكل عام مرض من الأمراض النفسية، لأنه ثابت ومدرج في دليل الإحصاء.

الشيء الثاني أن تقسيمنا له على أنه أمراض ليست تقسيمة علمية بقدر ما هي لتقريب المشكلة وتحجيمها، ولنتعرف ما هي الأمراض السلوكية الموجودة في المجتمع. وشكرا.

د. نورية الخرافي:

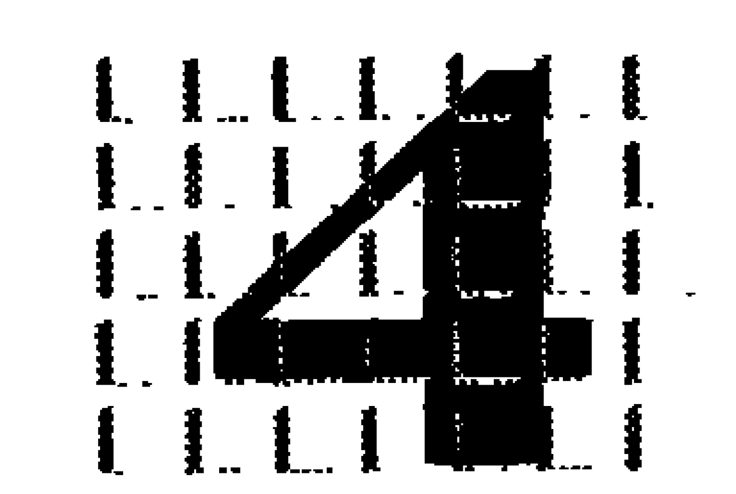
يوجد لدي استفسار، وهو: بينما كنت أعمل في مكتب الشهيد لفترة قابلت زوجة أسير وكان عمرها صغيرا في الخامسة والعشرين أو السادسة والعشرين، وذكرت لي خلال المقابلة أنها كانت تعمل مشرفة حديقة بوزارة الشؤون الاجتماعية والعمل، وقد أجبرت على التقاعد هي ومجموعة من زميلاتها. وسؤالي: هل التقاعد يعتبر حلا للمشكلة؟ وهل تعتبر هي وزميلاتها من المتضررات؟ في رأيي أن العمل أرحم لها من التقاعد.

د. عبد الله حمادي:

صحيح أن التقاعد هو آخر الحلول، كما أن من المعروف أنه لا يوجد إجبار على التقاعد إلا إذا كانت الحالة تخص الأمراض العقلية. وشكرا.



الجلسة الرابعة



عائلات في انتظار التأهيل النفسي والاجتماعي لعائلات الأسرى والمفقودين

رئيس الجلسة : أ. سامي البلهان

المتحدث الرئيسي : د. فيولا الببلاوي

البحث

ملخص

تشكل الأسرة نظاما رئيسيا من نظم التكافل الاجتماعي، وتعمل كظهير مضاد لمواجهة عواقب الأحداث الصدمية على الأسرة، أفرادا وجماعة ونظاما وأسلوبا للحياة، ولذا تستخدم الأسرة من خلال المساعدة المهنية عن طريق الاختصاصيين في الصحة النفسية، أساليب مميزة تحقق من خلالها وظيفتها في العلاج التالي للصدمة.

ومثل هذه الأساليب الوظيفية التي تستخدمها الأسرة في التحكم في الضغوط الصدمية ومواجهتها، ترتكز على عدد من الخصائص يحددها (فيجلي) (Figley, C.R. 1983, P.18) فيما يلي:

1 . تقبل الحدث الصدمي.
2 . المشكلة المتركزة على الأسرة.
3 . المشكلة الموجهة نحو الحل.
4 . درجة عالية من التحمل.
5 . الالتزام والمسؤولية مع تأكيد الروابط الوجدانية.
6 . التواصل.
7 . التماسك.
8 . الأدوار المرنة.
9 . الاستفادة من المصادر واستخدامها.
10 . تجنب العنف وسوء استخدام العقاقير.

ووفقا لهذه الخصائص، تتوفر البيئة الأسرية المواتية لأداء الأسرة لوظائفها في تقديم المساندة والدعم لأحد أو لبعض أعضائها.

ومع ذلك، ثمة نقطة ضعف في دور الأسرة في مساندة أعضائها، قد تقلل من فاعليتها في أداء هذا الدور، وتلك مفارقة تستحق الاعتبار، ذلك أنه للأسباب نفسها

التي على أساسها تقوم الأسرة بدور فعال في مساندة أعضائها على مواجهة الضغوط التالية للصدمة، تكون الأسرة ذاتها مستهدفة لذلك لأن تخبر ضغوطا صدمية في سياق هذه العملية نفسها، والسبب في ذلك هو عامل الحب والتعاطف الوجداني الذي يميز نظام العلاقات المتبادلة في الأسرة، فجوانب القوة وكذلك جوانب الضعف تكمن في هذا العامل، وبالتالي فإن أعضاء الأسرة يقومون بدور فعال في مساندة بعضهم بعضا، ولكنهم مستهدفون أيضا لعواقب تلك المساعدة من خلال تلك الآلية نفسها (الحب والتعاطف الوجداني) التي تجعلهم فعالين للغاية في أداء هذا الدور. ولهذا كثيرا ما تنتقل آثار الخبرة الصدمية من العضو الضحية إلى بقية أو بعض أعضاء الأسرة، حيث يصبحون ضحايا كذلك من خلال ما يعانيه أحدهم من خبرة صدمية، وتلك تداعيات لتأثير الخبرات الصدمية والضغوط التالية للصدمة ينبغي أن توضع في الاعتبار في استراتيجيات علاج اضطراب الضغوط التالية للصدمة، وذلك ما تكشف عنه الدراسات والبحوث التي تناولت تناقل آثار اضطراب الضغوط التالية للصدمة وامتدادها من جيل لآخر في الأسرة والمجتمع.

وتمثل خبرة الأسْر /Captivity hostage taking experience حالة صدمية شاملة ليس للشخص ضحية حادث الأسر وعملية الأسر فحسب، ولكن كذلك للأسرة والأقارب والأصدقاء ولجماعات عديدة في المجتمع، وتتأثر الأسرة بهذه الخبرة بطريقتين: فهي تتأثر بها بشكل مباشر من خلال المشكلات بعيدة المدى التي يعانيها الأسرى، وبشكل غير مباشر من خلال مشكلات التكيف داخل الأسرة الناتجة عن خبراتهم الصدمية، وعلى الرغم من أن خبرات الأسر تتشابه في بعض الجوانب مع الكوارث الخطيرة الأخرى، إلا أنها تختلف عنها بشكل جوهري، من حيث أن الضغوط الناتجة من جراء هذه الخبرة بالنسبة لأعضاء الأسرة تعتبر ضغوطا (ممتدة وغير محدودة) على حد سواء، وعلاوة على ذلك فإن الموقف يكون مشوبا بالغموض وغالبا ما يحمل تهديدا بالموت أو بالفقدان المستمر لذلك العضو الأسير من الأسرة، ولكن غالبا دون دلائل تثبت ذلك، ومن ثم فإن هذا التهديد يكون مستمرا ولا ينتهي في شهر أو عام أو حتى أعوام، ومن ناحية أخرى لا تبدي الأسرة تقبلا لفقدان عضوها المفقود، كما لا يسعى الأسير إلى أن يروض نفسه على

فقدان حريته أو يحملها على الإذعان والقبول لهذا الفقدان، ونتيجة لذلك تخبر الأسرة التي تعيش حالة من (الانتظار) مشاعر ممتدة ومتقطعة من العجز واليأس والغضب والذنب والغيظ تتفاعل مع بعضها وعلى نحو يحول دون تطور استراتيجيات المواجهة الفعالة داخل منظومة الأسرة.

وابتداء، فإنه غالبا ما ينطوي حادث الاعتقال للأسرى أو المرتهنين أو سجناء الحرب -بشكل بشع- على القمع الشديد، والتجرد من النزعة الإنسانية، والقسوة المفرطة والأذى أو التعذيب الجسمي، ويبدي الأسرى السابقون Ex- Pow's على وجه الخصوص استهدافا لفقدان وخسائر فادحة يتوقع أن يخبروها ويعانوها كلما تقدم بهم العمر، مثل الصحة أو الزوجة أو الزوج أو العمل، ولهذا يبدو من الأهمية بمكان، أن يكون الاختصاصيون الكلينيكيون على وعي كبير بالمشكلات التي تؤرق الأسرى السابقين والمتمثلة في شعورهم بالخزي أو الذنب أو بوقوعهم في الأسر أو بعدم قدرتهم على الهرب، وكذلك شعورهم بالغيظ والغضب والإحباط إزاء ما قد يواجههم من معارك، قد يبدو أنها معارك لا تنتهي مع السلطات الحكومية وهيئاتها من أجل الحصول على الاعتراف المناسب بهم والمزايا المرجوة لهم مما يعتبر مصادر مهمة لديناميات التحول القوي في حياتهم.

والواقع أن التركيز على الأسرة باعتبارها مدخلا ووسيطا فعالا للعلاج والتأهيل من ناحية، وباعتبارها ذاتها أيضا موضوعا للعلاج وهدفا له من ناحية أخرى، إنما ينطوي على أهمية خاصة لعدة اعتبارات أولهما: أن الأسرة توفر سندا قويا للشخص الضحية أو الأشخاص الضحايا من أعضاء الأسرة، ومن ثم تعينهم على مواجهة الضغوط التالية للصدمة عن طريق وقايتهم من العواقب الانفعالية أو الصحية أو الاقتصادية أوتخفيف حدة تلك الآثار عليهم، ثانيا: أن الأسرة منظومة قد تستدعي الضغوط أو تخلقها، وكثيرا ما يتأثر أعضاء الأسرة بما يخبره الأعضاء فيها من مواقف ضاغطة وبخاصة الكوارث والصدمات، وثالثا: أن أعضاء الأسرة بوصفها جماعة قد يعيشون في آن واحد خبرة صدمية، بل وقد يعيشونها أيضا مع الأسر الأخرى، مثل صدمات الكوارث الطبيعية والحروب ونشأة ظروف قاسية نتيجة للحرب مثل الاستشهاد أو الأُسَر، ولذا فإن أعضاء الأسرة أو الأسر فيما بينها قد يقدم بعضها إلى بعض نوعا من المساندة الانفعالية، بل وقد يشكلون نمطا

مما يعرف بـ (جماعات العون الذاتي).

ولهذا ينبغي النظر إلى أعضاء الأسرة على أنهم جميعا ضحايا، بصرف النظر عما إذا كان هناك عضو واحد فقط أو أكثر من عضو كان ضحية للحدث الصدمي، ويعزى ذلك إلى الروابط العاطفية القوية التي تميز نظام العلاقات في الأسرة بحيث إنه إذا خبر عضو من الأسرة ضغوطا صدمية فإن الأسرة كلها تخبرها كذلك (المرجع نفسه).

ذلك أن من طبيعة الأحداث الصدمية أن تؤثر في الأفراد والأسرة والمجتمع بطرق مختلفة كثيرة مباشرة أو غير مباشرة، ويصل هذا التأثير إلى حد انتقال أثر الصدمة إلى أعضاء الأسرة وتأثير بعضهم في بعض، وانتقال هذه الآثار عبر الأجيال، وذلك نمط من التأثيرات العميقة التي تشمل الحياة الأسرية والعلاقات المتبادلة بين أعضاء الأسرة، وتمتد هذه التأثيرات بدورها إلى الأطفال الذين يبدون مظاهر وأعراضا عديدة لاضطراب الوظائف العقلية المعرفية والوظائف الاجتماعية والعلاقات المتبادلة مع الآخرين، والاضطرابات الانفعالية.

وهنا تبدو حقيقة تستحق الاعتبار في رعاية أسر الشهداء والأسرى والأسر المصدومة، تؤكد أن آثار الخبرات الصدمية التي تعرضت لها تلك الأسر لا تقتصر على عضو بعينه من أعضاء الأسرة، وفي ذلك يقرر (بريندي وجولد سميث) أنه حينما يتعرض عضو أو أكثر من أعضاء الأسرة لصدمة فإن الأسرة كلها قد تعاني من أعراض الضغوط التالية للصدمة، ولسوء الحظ فإن المشكلات قد تتوافر في حياة الأسرة دون أن تعيها الأسرة والأصدقاء والاختصاصيون المهنيون، وهذه الدائرة من عملية تطور وقوع أعضاء الأسرة ضحايا لما بعد الصدمة ومن تصدع تكامل الأسرة قد يؤول إلى عواقب وخيمة في المراحل التالية للصدمة، وذلك ما يتضح من دراسة حالات قد تعرضت لصدمات الحروب والفقدان، ومشاهدة الأطفال لقتل الأب أو الأم أو الوالدين أو أحد أعضاء الأسرة ومشاهدتهم لحوادث التعذيب والإساءة، ولهذا يوصي (بريندي وجولد سميث) باستراتيجية لعلاج الأسرة المصدومة تشمل التدخل النفسي التربوي، والسيكودينامي والسلوكي والروحي.

استجابات الأسرة للأحداث والتغيرات وللضغوط التالية للصدمة:

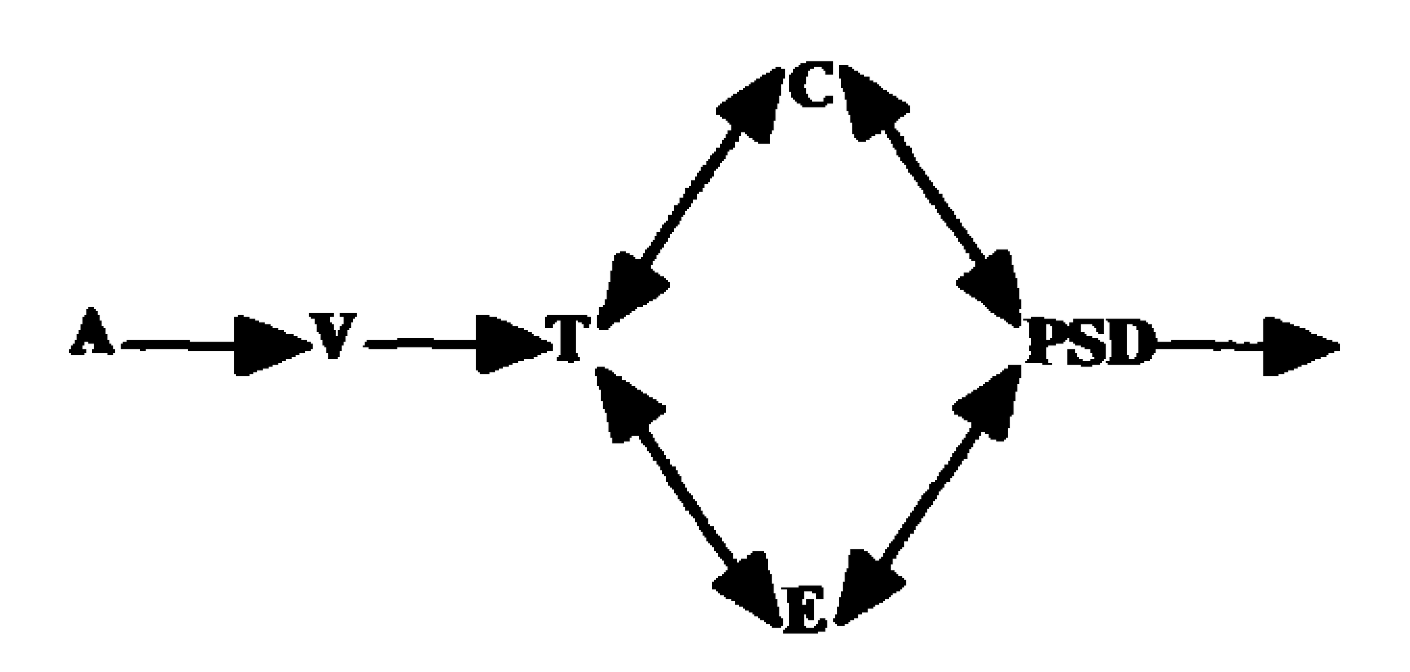
يقدم (ماريلين ماك كوبين وهاميلتون

ماك كوبين) نموذجا أو نظرية عن الضغوط في الأسرة وأساليب تعاملها مع تلك الضغوط ومواجهتها: وهو نموذج مستمد أساسا من الدراسات التي أجريت على الاضطراب والأزمات في الأسرة بسبب الخبرات الصدمية في الحروب، يطلقان عليه (نموذج أنماط التوافق والتكيف الأسري)، وذلك لتحليل استجابات الأسر للأحداث والتغيرات والضغوط وكيفية تعاملها معها ومواجهتها، وذلك في إطار طورين مترابطين، ولكن يمكن التمييز بينهما، وهما: طور التوافق وطور التكيف، وذلك ما نعرض له فيما يلي:

طور التوافق الأسري

Family adjustment phase

يتضمن هذا الطور مدى تباين الاستجابات التوافقية للأسرة، ويرتكز على طبيعة الحدث الصدمي ومصادر المقاومة لدى الأسرة وتقدير الأسرة للحدث الصدمي، ويشير إلى أنماط الأسر ومستويات الاستهداف للاضطراب، ويوضح الشكل (1) طور التوافق ومكوناته، فمستوى التوافق الأسري أو تحول الأسرة إلى موقف الأزمة (العامل X) في استجابتها للحدث الصدمي أو التحول إلى موقف الأزمة يتحدد وفقا للمكونات أو العوامل التالية:



شكل (1): طور التوافق الأسري للأحداث والضغوط التالية للصدمة وفقا لـ (نموذج أنماط التوافق والتكيف الأسري الأسري)

العامل (A) وهو الحدث الصدمي أو التحول في حياة الأسرة، وشدة الحدث أو التحول، أي درجة التهديد للأسرة أو الإخلال باستقرارها، أو ما يفرضه الحدث أو التحول من مطالب فوق مصادر الأسرة أو إمكاناتها، الأمر الذي ينطوي على تهديد كذلك لاستقرار الأسرة. ويتفاعل هذا العامل مع العامل (V) وهو عامل الاستهداف للاضطراب، ويعني حالة الأسرة من حيث الشروط التنظيمية والعلاقات الشخصية المتبادلة، كما يحددها تراكم المتطلبات المفروضة على الأسرة مثل عوامل الضغط والشدة والتغير، وكذلك الضغوط المرتبطة بمرحلة دورة حياة الأسرة.

العامل (T) ويشير إلى نمط الأسر، ويعني مجموعة الخصائص الرئيسية للمنظومة الأسرية التي تميز كيفية

تقديرها للمواقف وأساليبها في الاستجابة لها. ويحدد النموذج أربعة أنماط للتوظيف الأسري، وهي: النمط المرن، والنمط المجدد، والنمط المتناغم، والنمط المتوازن.

ويتفاعل هذا العامل مع العامل (B) الذي يتضمن مصادر المقاومة لدى الأسرة أي إمكاناتها وقواها في تلبية مطالب الأحداث والظروف الضاغطة، كما يعني قدرة الأسرة على حماية نفسها من أن يؤدي الحدث أو التحول في حياتها إلى خلق أزمة أو اضطراب، كما يعني قدرتها على تيسير حل ما يواجهها من مشكلات، ومواجهة الضغوط، والعمل على استمراريتها وثباتها في مواجهة تلك الظروف.

ويتضمن العامل C في تفاعله مع العوامل الأخرى تلك التقديرات المعرفية للحدث الصدمي أو للتحولات في حياة الأسرة، أي الصدمة والضغوط التالية لها كما تخبرها الأسرة ذاتيا وتفسرها وتدركها وتقيمها.

وتتفاعل كل هذه العوامل مع العامل «PSC» ويتضمن رصيد الأسرة الخاص بإمكاناتها أو مهاراتها في حل المشكلات ومواجهة الضغوط.

ويلاحظ في هذا النموذج الذي تتفاعل فيه تلك العوامل المكونة لعملية التوافق الأسري إزاء الأحداث والضغوط التالية للصدمة، أن الأسرة قد تتصف بتاريخ سابق قبل الصدمة من الاضطرابات أو الصراع في التفاعل الأسري، ولذا يركز هذا النموذج على ما يسمى بـ «متصل الاستهداف»، وحيث تتباين درجة استعداد الأسرة واستهدافها للاضطراب أو الانهيار بين نقطتين: استهداف منخفض واستهداف مرتفع، وهنا تتبدى ثلاث استراتيجيات توافقية للمواجهة، أي الأساليب المميزة للأسرة في التعامل مع الحدث أو الموقف ومع الضغوط التالية للصدمة: وتتمثل في: **استراتيجيات الابتعاد والاستبعاد والاستيعاب**: باعتبارها أساليب تستخدمها الأسرة بشكل منفرد أو بعضها مع بعض لتحقيق التوافق وذلك فيما يلي:

تبدو **استراتيجية المواجهة القائمة على الابتعاد**: في الأسلوب القائم على الإحجام عن المواجهة أو تجنبها: وتتمثل في جهود الأسرة في الإنكار أو الرفض لما حدث ولما تفرضه الأحداث وضغوطها من مطالب أخرى، وفي هذه الحالة فإن الأسرة قد يحدوها

الأمل في أن تنفض هذه الأحداث، وتنكشف الغمة، وتحل هذه الظروف الضاغطة نفسها بنفسها.

وتتمثل **استراتيجية المواجهة القائمة على الاستبعاد**: فيما تبذله الأسرة من جهود نشطة لاستبعاد كل المطالب التي يفرضها الحدث الصدمي والضغوط التالية للصدمة، أو لتغيير معنى الأحداث والخبرات ومتطلباتها.

ويلاحظ أن هاتين الاستراتيجيتين (الابتعاد والاستبعاد) تعملان على الاحتفاظ بالوضع الراهن وعلى حماية الأسرة من أن تأتي بأية تعديلات أو تغييرات في أساليب سلوكها.

أما الأسلوب الثالث فهو **استراتيجية المواجهة القائمة على الاستيعاب**: وهو أسلوب تستخدمه الأسرة حينما يجري تقبلها للموقف وللمطالب التي يفرضها الحدث أو التحول أو التغير في حياة الأسرة، وتضمينها لهذه المتغيرات في بنيتها الحالية، وفي تفاعلها وأسلوب حياتها، وفي هذه العملية لا تتعرض الأسرة إلى تغيرات كبيرة، أو تخبر تغيرات ضئيلة فقط، كما لا تكون مستهدفة للاضطرابات أو للاختلال في أداء وظائفها، وترتكز هذه العملية إلى ما تتلقاه الأسر من مدد من مصادرها القائمة، مثل المرونة والصلابة، مما يساعدها على حسن تقديرها لمطالب الصدمة والضغوط التالية لها، ومن ثم اختيار أنسب الاستراتيجيات للتعامل مع تبعات الصدمة وضغوطها.

ومع ذلك، فليس بالقليل أن تواجه الأسر بظروف أو مواقف لا تكون فيها الاستراتيجيات التوافقية للمواجهة مناسبة أو مرضية، وتشمل هذه الظروف أو المواقف:

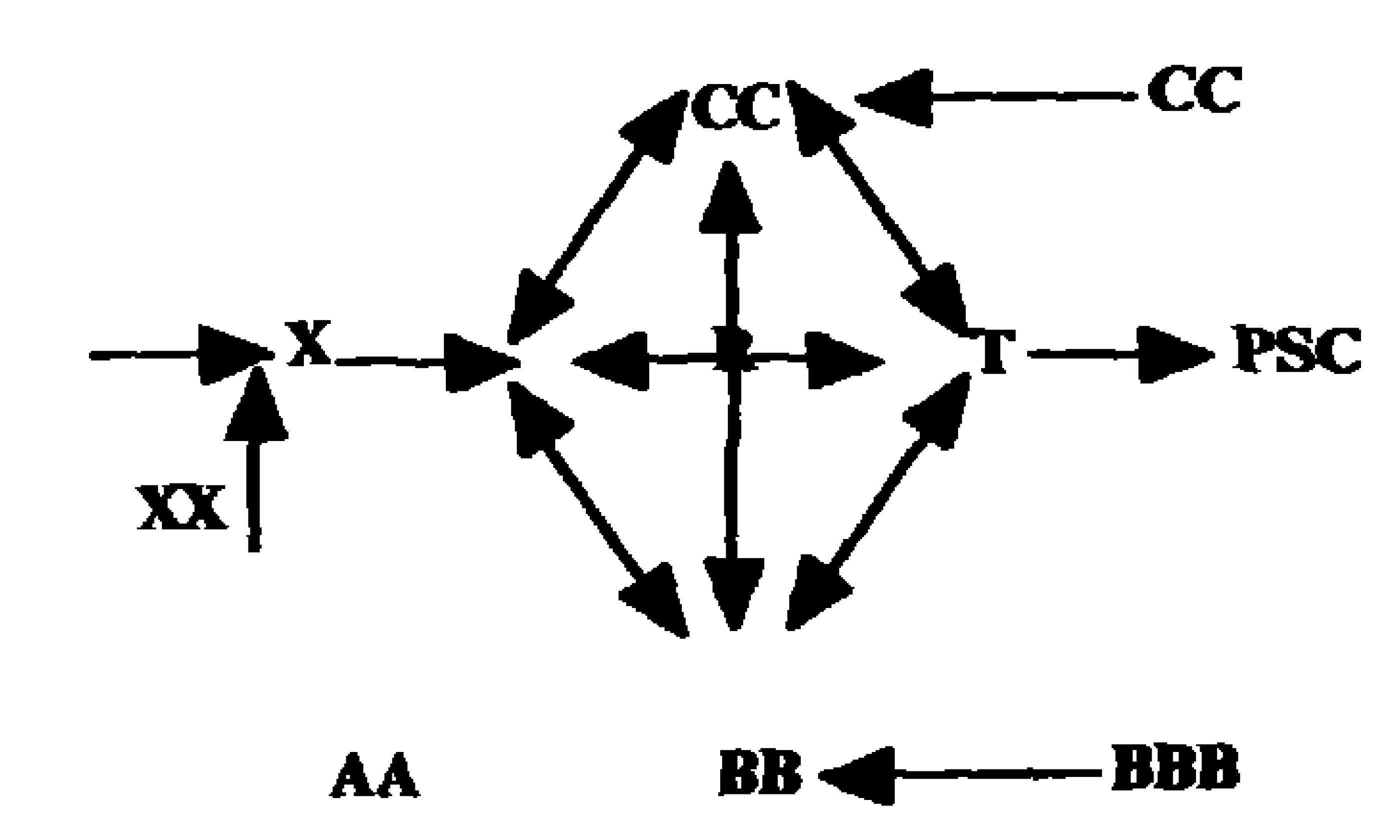
1. التغيرات البنائية في منظومة الأسرة (مثل: الوالدية، أو الموت، أو الطلاق).
2. استنزاف موارد الأسرة ومصادرها نتيجة لحجم المطالب ولطبيعتها وطول مدة بقائها (مثل: فقدان أو نقص المصادر المالية أو الاقتصادية بسبب ظروف الحرب أو الكوارث أو المرض الطويل).
3. الهدر أو الفقد الزائد في مصادر الأسرة بسبب وجود توترات مستمرة دون حل.
4. عدم كفاية المصادر أو الإمكانات في تلبية المطالب (مثل نقص الموارد المالية لتغطية النفقات المتزايدة).
5. العمل بطريقة صريحة أو ضمنية على إحداث تغيرات بنائية في وحدة الأسرة بسبب السماح باستمرار عدم

التوازن بين المطالب والإمكانات (كأن تسمح الأسرة باستمرار الخلافات الزواجية دون حل، الأمر الذي قد ينتهي بانفراط عقد الأسرة بالطلاق)، ويعني ذلك أن الأسرة قد تتحرك نحو حالة الأزمة، أو تدخل في أزمة حينما يستمر أو يتزايد عدم التوازن بين المطالب المفروضة على الأسرة من ناحية وبين إمكاناتها ومصادرها من ناحية أخرى.

طور التكيف الأسري

Family adaptation Phase:

يتطلب تقدير التكيف الأسري نموذجا أكثر ديناميكية يركز على جهود الأسرة مع مرور الوقت في استعادة فاعليتها، ويوضح الشكل (2) مكونات هذا الطور في العامل XX.



شكل (2) طور التكيف الأسري للأحداث والضغوط التالية للصدمة وفقا لـ (نموذج أنماط التوافق والتكيف الأسري).

Mc Cubbin, M,A & Mc Cubbin, H,I, 1989 p,1

ويعني التكيف الأسري الذي يصبح المفهوم المحوري لطور التكيف ويستخدم لوصف (ناتج) الجهود الأسرية لتحقيق مستوى جديد من التوازن بين المطالب والإمكانات وملاءمة تلك الجهود في الاستجابة للأزمة التي تواجهها الأسرة، وهكذا تسعى الأسرة في هذا الطور إلى تحقيق (التوازن والملاءمة) على كل من مستويي التفاعل بين الفرد والأسرة وبين الأسرة والمجتمع.

العامل AA ويعني تراكم المطالب المفروضة على الأسرة وتزايد الحاجات الواجب تلبيتها مع ما يصاحب ذلك من تحولات أو تغيرات وغموض وتوتر ومشكلات لم تلق حلا بعد، وهنا يلاحظ أن أي تغير أو مطلب للتكيف ينطوي على عنصر الغموض، لأن الأسرة قد تغير من بنيتها، ومن القواعد والأدوار والمسؤوليات فيها، وتقوم السياسات والبرامج التي يوفرها المجتمع بدور مهم في مساعدة الأسر على التكيف مع الضغوط التالية للصدمة، ولكن في حالة غياب تلك السياسات والبرامج فإن التكيف الأسري يدخل في عملية من المحاولة والخطأ، وما لهذا من تبعات تضيف ضغوطا ومطالب أخرى على الأسرة.

ويتفاعل هذا العامل مع العامل R الذي يعني مستوى التجديد في الأسرة كي تواجه تراكمات المطالب والضغوط، وهذا العامل بدوره يتفاعل مع العامل T ويعني أنماط الأسرة تأسيسا على ما تتصف به من قوى ومصادر وإمكانات، التي يحددها النموذج بأنماط أربعة وهي: الأسر المجددة، والأسر المرنة والأسر المتناغمة، والأسر المتوازنة.

العامل BB ويتضمن قوى الأسرة ومصادرها وإمكاناتها في تلبية المطالب والحاجات، وتستمد الأسرة قواها وإمكاناتها من مصادر ثلاثة وهي: مصادر الأفراد أعضاء الأسرة، ومصادر المنظومة الأسرية ومصادر المجتمع، ويعنى المصدر التكيفي خاصية أو سمة أو كفاية أي فئة من هذه المصادر الثلاثة: وقد يكون المصدر أشياء ملموسة أو مادية، مثل الموارد المالية والاقتصادية، أو غير ملموس مثل تقدير الذات، وتمثل مصادر الأفراد أعضاء الأسرة أو المصادر الشخصية ركيزة أساسية في قدرة الأفراد على التعامل مع الضغوط، وتشمل هذه المصادر سمات الشخصية والمهارات والمعارف والكفاءات وتقديرات الذات، أما مصادر المنظومة الأسرية فتعتمد في الأساس على التماسك الأسري، أي روابط الوحدة التي تجري خلال حياة الأسرة والقابلية للتكيف في الأسرة، أي مقدرة الأسرة على التعامل مع الضغوط والعقبات، وعلى تغيير مسارها أو أسلوبها في مواجهة الضغوط، ودرجة صلابة الأسرة في مقاومة الضغوط، وينطوي التماسك في الأسرة على مقومات أخرى تشمل الثقة والتقدير والمساندة والتكامل واحترام الفردية، وتشمل مصادر المنظمة الأسرية كذلك جوانب التنظيم والإدارة في الأسرة وتوزيع الأدوار والمسؤوليات ووضوح الحدود بين الأجيال المختلفة في الأسرة، كما تشمل عوامل المشاركة والتفاعل بين أعضاء الأسرة وما يشيع فيها من مناخ وعلاقات متبادلة قائمة على الحب والتضامن والفهم والتقدير المتبادل، ويرتبط بهذا العامل الفئة الثالثة من المصادر، وهي مصادر المجتمع والتكافل الاجتماعي ويمثلها العامل BBB في هذا النموذج ويتضمن هذا العامل ما يوفره المجتمع من خدمات نفسية أو اجتماعية أو صحية سواء على المستوى الأكبر الذي يتمثل في السياسات التي تتبناها الدولة إزاء التكافل الاجتماعي، وعلى المستوى الأصغر الذي يتمثل في شبكة التكافل الاجتماعي من المؤسسات والهيئات المعنية والأصدقاء وفاعلية أدوارها في

هذا الشأن، ويتضمن التكافل الاجتماعي الفعال عدة مقومات وهي:

1. المساندة الانفعالية، حيث يدرك الفرد أنه محبوبٌ وموضع رعاية.
2. المساندة المعززة لتقدير الذات، حيث يشعر الفرد أنه ذو قيمة وموضع تقدير.
3. المساندة القائمة على شبكة من التكافل في المجتمع، حيث يدرك الفرد أنه ينتمي إلى شبكة من التواصل تتضمن التزاما متبادلا وفهما متبادلا في سياق التفاعل بين عناصرها.

العامل CC ويشير إلى تقدير الأسرة للموقف، أي المعنى الذي تدرك به الموقف الكلي وتفسره، ويتفاعل ذلك مع العامل CCC أي التقديرات الكلية والخطط المعرفية للأسرة، وتشمل نظم المعتقدات أو الفرضيات لدى الأسر عن أنفسها في علاقتها بعضها ببعض وفي علاقتها بالمجتمع وبالمنظومات الأخرى خارج حدودها، وتتألف الخطط المعرفية للأسرة من خمسة أبعاد وهي: الهدف المشترك. والجماعية، والإطار أو البنية، والنسبية، والضبط المشترك، فالأسر التي تبدي خططا معرفية قوية تركز على استثمارها من داخل ذاتها ولقيمها وأهدافها وعلى استثمارها للاتجاه الجمعي القائم على روح الـ «نحن» في الأسرة، ولإحساسها بالضبط المشترك والثقة بالآخرين، كذلك نظرتها المتفائلة لمواقف الحياة وما يرتبط بها من نظرة نسبية لظروف الحياة، ولتقبل حلول قد لا تكون حلولا كاملة لكل مطالبهم أو أقل من أن تكون شاملة لها، وتتميز الخطط المعرفية للأسرة بأنها ليست ثابتة أو جامدة أو غير قابلة للتغير مع الزمن، ولكنها بالأحرى قابلة للتشكل والتغير والمواءمة مع مرور الوقت استجابة للخبرات الضاغطة والمطالب المتزايدة للضغوط التالية للصدمة.

وتتفاعل كل هذه العوامل مع العامل PSC ويشير إلى الأسلوب المميز للأسرة في حل المشكلات ومواجهة الضغوط، وهنا ينبغي اعتبار أساليب المواجهة للضغوط، إزاء تراكم المطالب المفروضة على الأسرة وتعددها على أنها أساليب معممة أكثر من أن تكون أساليب للتعامل مع مواقف نوعية، وكذلك ينبغي اعتبار أن وظيفة المواجهة تتحدد بأربعة أساليب للمواجهة لتحقيق الوظيفة المنشودة منها، وهي كما يلي:

1 . قد تتضمن المواجهة عملا مباشرا لخفض عدد المطالب المفروضة على الأسرة أو لاختزال درجة شدتها،

فعلى سبيل المثال قد تتخلى الأم عن عملها ومركزها في العمل كي تتفرغ لرعاية أبنائها بعد وفاة الزوج أو استشهاده، وقد تتكاتف الأسر مع بعضها لاستبعاد أخطار قد تنشأ في المجتمع المحلي بسبب وجود مصادر قد تؤدي إلى كوارث بيئية.

2. قد تتضمن المواجهة عملا مباشرا لإحراز مصادر إضافية ليست متاحة بالفعل أمام الأسرة، مثال ذلك أن تلجأ الأمهات إلى تنمية مهارات الاعتماد على الذات لديهن في حالة وفاة الزوج فجأة، وذلك مثال واضح للمواجهة التي تنشد زيادة المصادر الشخصية.

3. التحكم في التوتر المرتبط بعوامل الضغط والشدة المتواترة، وتلك وظيفة أخرى للمواجهة بسبب تراكم العوامل باعتبارها جانبا من المطالب المفروضة على الأسرة، وهنا تعتبر التمرينات على التعامل مع التوتر والتحكم فيه أو خفضه أو استيعابه آليات فعالة لمواجهة الضغوط التالية للصدمة، ومن أمثلة هذه الفكاهة والمرح بطريقة مناسبة والتعبير الصريح عن الانفعالات والمشاعر بطريقة مسؤولة دون توجيه أو إصدار أحكام.

4. وقد تتضمن المواجهة أيضا تقديرات معرفية تنشد بها الأسرة أو أفرادها تعديل معنى الموقف لجعله أكثر قابلية للضبط والمعالجة، وتلك استراتيجية تعتمد على أسلوب إعادة البناء المعرفي أو إعادة التقدير المعرفي للحدث الصدمي ولعواقبه من الضغوط التالية للصدمة، وهنا يعتبر الاحتفاظ بنظرة متفائلة ومتقبلة للموقف مدخلا مواتيا لاستراتيجيات المواجهة الفعالة للضغوط.

الأسر ضحايا اضطراب الضغوط التالية للصدمة باعتبارها أهدافا للتدخل الإرشادي والعلاجي

يولي «نموذج أنماط التوافق والتكيف الأسري» لأنماط الأسر أهمية كبيرة باعتبارها متغيرات مؤثرة في العمليات الأسرية الخاصة بالمقاومة والمواجهة والتوافق والتكيف، وتعني أنماط الأسرة (طوبولوجيا الأسرة) مجموعة الخواص الرئيسية المتعلقة بالمنظومة الأسرية التي تميز وتفسر كيفية تقدير الأسرة للأحداث والمواقف وأساليبها في الاستجابة والسلوك، وما يكمن وراء ذلك من معايير وقواعد وقيم وأهداف توجه العلاقات

والتفاعلات داخل الأسرة إزاء الأحداث والضغوط التالية للصدمة، وعلى أساس تحديد وتقدير تلك الخواص يمكن تصنيف الأسر إلى أنماط تمكننا بدورها من التنبؤ بمدى فاعلية الأسرة في التعامل مع الضغوط وفي الاستجابة للتدخل الإرشادي والعلاجي، وفي ذلك يحدد (ماك كوبين) ثلاثة أنماط رئيسية للأسر باعتبارها موضع الهدف للتدخل بالاستراتيجيات الإرشادية والعلاجية والتأهيلية المناسبة، وذلك فيما يلي:

الصلابة الأسرية

مرتفع	منخفض	التماسك الأسري
الأسر المطمئنة	الأسر المستهدفة	منخفض
الأسر المجددة	الأسر المتحملة	High

شكل (3) نمط الأسرة المجددة
Mc Cubbin, M,A.& Mc Cubbin, H,I Op, P, 28

طوبولوجيا الأسر المجددة

Typology of Regenerative families

يتحدد نمط الأسر المجددة وفقا لبعدين رئيسيين وهما: بعد التماسك الأسري وبعد الصلابة الأسرية، ويقدر كل منهما وفقا لمستويين (مرتفع ومنخفض)، كما يتضح من الشكل (3)، ويعني التماسك الأسري الاستراتيجية الرئيسة للمواجهة التي تستخدمها الأسرة في التعامل مع مشكلاتها على أساس من التقبل والولاء والاعتزاز والثقة والتقدير والرعاية والقيم المشتركة في مواجهة التوترات والضغوط والشدة، أما بعد الصلابة الأسرية فيعني القوى والمكانة القائمة على إحساس داخلي بالضبط إزاء أحداث الحياة وضغوطها، وإحساس بالمعاني الغنية في الحياة، والانطواء في أنشطة، والتوجه نحو تعلم خبرات جديدة واكتشافها وفقا لهذا النموذج المجدد للأسر يمكن تحديد ووصف أربعة أنماط للمنظومات الأسرية على النحو التالي:

1. تشكل الأسر التي تتصف بتماسك أسري منخفض وبصلابة أسرية منخفضة، نمطا يعرف بـ (الأسر المستهدفة) وتتصف هذه الأسر بأنها في مواجهة ضغوطها ومشكلاتها تتعرض للاضطراب واختلال التوازن وتبدي نقصا في تقدير الذات وتقدير الآخرين وفي الاعتزاز والولاء والرعاية والفهم وتقبل المصاعب التي تواجهها، كما توجه اللوم لذاتها وبعضهم لبعض،

ومثل هذه الأسر يعوزها الإحساس بالهدف وبالمعاني الغنية في الحياة، وبأنهم موضع تقدير الآخرين، كما قد يبدون عجزا في التحكم في مجريات الأحداث في الأسرة ويندبون حظهم العاثر، ويتصفون بالنزعة للاستكانة وبعدم الرغبة في تعلم أو تجريب أشياء جديدة أو باعثة على الاهتمام، كما أنهم أقل تشجيعا بعضهم لبعض كي يكونوا نشطين وإيجابيين.

2. تشكل الأسر التي تتصف بتماسك أسري منخفض وبصلابة أسرية مرتفعة نمطا يعرف بـ (الأسر المطمئنة)، ويلاحظ على هذا النمط من الأسر أنها مثل الأسر المستهدفة، تتعرض للاضطراب واختلال التوازن عند مواجهتها لضغوطها ومشكلاتها، وتبدي لوما للذات وللآخرين، ونقصا في تقدير الذات والآخرين وفي تقبل ما يواجهها من صعوبات، كما أنها أقل فهما ورعاية وولاء واعتزازا، ولكن هذه الأسر من ناحية أخرى تبدي شعورا بالطمأنينة والأمان استنادا إلى أن قوتها الأساسية تكمن في صلابتها ولذا تتصف هذه الأسر بأن لديها إحساسا بالهدف وبالمعاني الغنية، وبأنها موضع تقدير، كما تتصف بالقدرة على التخطيط وبإمكانية التحكم في مجريات الأمور ويشعرون لذلك بأنهم ليسوا مجرد ضحايا لأحداث الحياة، وتتميز هذه الأسر كذلك بأنها نشطة، وتشجع الآخرين كي يكونوا إيجابيين وفعالين، ومع ذلك فإن هذا النمط من الأسر يبدي إزاء مواجهته للضغوط والمشكلات قدرا أقل من مساندة بعضهم لبعض، ومن الرعاية والولاء ومن التحمل لعوامل الضغط والشدة.

3. تشكل الأسر التي تتصف بصلابة أسرية منخفضة ولكنها تتمتع بمستوى مرتفع من التماسك الأسري، نمطا يعرف بـ (الأسر المتحملة) ويتصف هذا النمط من الأسر بأنهم يبدون إحساسا أقل بالهدف والمعنى والتقدير وبأنهم أقل تحكما في مجريات الأمور وأقل نشاطا وتشجيعا بعضهم لبعض على تعلم خبرات جديدة، ولكنهم في مقابل ذلك يتصفون باعتبار إيجابي لقدرتهم على المواجهة ويبدون رعاية أكبر ويؤكدون تنمية الثقة والتقدير والاحتفاظ بالاستقرار الانفعالي،

وتعمد مثل هذه الأسر إلى مواجهة الضغوط من خلال التقبل لما يجري من أحداث، ولما يقع من صعوبات أو مشكلات ومن خلال العمل المشترك الموجه إلى حل المشكلات، وعلى الرغم من أن هذه الأسر قد تقل لديها القوى الداخلية الأساسية، لكنها تعوض هذا النقص عن طريق ما لديها من رصيد قوي من المواجهة، يتصف بالرعاية والتقدير والثقة والتوتر المختزل والهدوء.

4 . تشكل الأسر التي تتصف بمستوى مرتفع من الصلابة الأسرية ومن التماسك الأسري ذلك النمط الذي يعرف بـ (الأسر المجددة) وتتميز الأسر في هذا النمط بأنها تواجه ضغوطها ومشكلاتها عن طريق تشجيع الثقة والتقدير والاحتفاظ بالثبات الانفعالي، وتبدي إزاء أحداث الحياة وصعوبتها فهما وتقبلا وثقة ونزعة إلى العمل المشترك لمواجهة الضغوط، وتتصف هذه الأسر بدرجة عالية من الإحساس بالهدف، وبالقدرة على التخطيط وبأنهم موضع تقدير الآخرين، ويشعرون بأن الحياة ذات معنى، ويدركون أن لديهم القدرة على التحكم في مجريات الأمور وأنهم لذلك ليسوا مجرد ضحايا للظروف، وتتصف هذه الأسر بالإيجابية والفاعلية وبالنزعة إلى التعلم واكتساب خبرات جديدة وبتشجيع بعضهم لبعض وهي تبدي رعاية وولاء وتحملا أكثر في مواجهة الضغوط.

المرونة الأسرية

التماسك الأسري	منخفض	مرتفع
منخفض	الأسر الهشة	الأسر المتكيفة
High	الأسر المترابطة	الأسر المرنة

شكل (4) نمط الأسرة المرنة
Mc Cubbin, M,A.& Mc Cubbin, H,I Op, P, 30

طوبولوجيا الأسر المرنة

Typogy of Resilient families

يتحدد النموذج المرن أو القابل للتكيف لأنماط المنظومة الأسرية وفقا لبعدين رئيسيين، وهما: بعد الرابطة الأسرية وبعد المرونة الأسرية، ويقدر كل منهما على أساس مستويين (مرتفع ومنخفض) كما يتضح في الشكل (4).

يعرف بُعد الرابطة الأسرية أنه الدرجة التي تترابط بها الأسرة انفعاليا داخل وحدة أسرية متكاملة وذات معنى، وتوصف الأسر التي تحصل على درجات عالية على هذا البعد بالانفتاح على مناقشة المشكلات والشعور بالترابط مع أعضاء الأسرة والتشارك بينهم في العمل والنشاط، أما بعد المرونة الأسرية فيعني الدرجة التي تكون عندها الأسرة قادرة على أن تغير من قواعدها وحدودها وأدوارها وأن تتواءم مع الضغوط المتغيرة من داخل الأسرة ومن خارجها، وتوصف الأسرة المرنة بالتواصل المفتوح بين أعضائها وبالنزعة إلى التوفيق بين وجهات النظر ونقل المسؤوليات والمشاركة الفعالة بينهم في اتخاذ القرار، ووفقا لهذا النموذج المرن للأسرة يمكن تحديد ووصف أربعة أنماط للمنظومات الأسرية فيما يلي:

1. تشكل الأسر ذات الرابطة الأسرية المنخفضة والمرونة الأسرية المنخفضة نمطا يعرف بـ (الأسر الهشة)، فهذه الأسر تبدي ترددا في الاعتماد على الأسرة من أجل المساندة والفهم وتفضل أن تثق بأشخاص من خارج الأسرة، وتتجنب الأعضاء الآخرين بالأسرة وتجد صعوبة في المشاركة أو التعاون معهم، وتدرك هذه الأسر نفسها بأنها منغلقة من حيث تواصلها مع الآخرين ومقاومتها للتوفيق بين وجهات النظر، وبأنها ضئيلة الخبرة في تناقل المسؤوليات بين أعضاء الأسرة وعدم مشاركة كل أعضاء الأسرة في اتخاذ القرارات الهامة.

2. تشكل الأسر ذات المرونة المنخفضة التي تتمتع بمستوى مرتفع من الرابطة الأسرية، نمطا يعرف بـ (الأسر المترابطة). وتتصف الأسرة المترابطة بأنها تمتلك قوة كبيرة من حيث إحساسها بالوحدة الداخلية، ولذا تتصف بأن أعضاءها يعتمد بعضهم على بعض من حيث التفاهم والمساندة، ويشعرون بالتقارب بعضهم مع بعض، وبالارتياح من مشاركة الأعضاء الآخرين بالأسرة، ولا يجدون صعوبة في تقرير ما يفعلونه في إطار وحدة أسرية، ومع ذلك فإن الأسرة المترابطة مثل الأسرة الهشة تتصف بمرونة أقل تبدو في مقاومتها للتوفيق بين وجهات النظر، وبخبرة ضئيلة في تناقل المسؤوليات بين أعضاء الأسرة، وبعدم مشاركة كل أعضاء الأسرة في اتخاذ القرارات الهامة، فهذه الأسر تعتمد على

إحساسها بالوحدة والمعية، كما تتصف بمقاومتها للتغير أسلوبا مميز لها في التعامل مع عوامل الضغط والتوتر والشدة.

3. تشكل الأسر ذات الرابطة الأسرية المنخفضة التي تتصف بمستوى مرتفع من المرونة الأسرية نمطا يعرف بـ (الأسر المتكيفة) وتتصف هذه الأسر بقوة كبيرة مستمدة من قدرتها التغير، وهي ترى نفسها على أنها قادرة على أن تقول ما تريد، ولها دور في اتخاذ القرارات، وقادرة على توجيه القواعد والممارسات في الأسرة، وعلى إحداث التوفيق بين وجهات النظر وتناقل المسؤوليات بين أعضاء الأسرة، وتجريب أساليب جديدة للتعامل مع الضغوط والمشكلات، ومع ذلك فإن الأسرة المتكيفة مثل الأسرة الهشة تكون محدودة في إحساسها بالرابطة الأسرية، ويعني ذلك أنها تكون مترددة في الاعتماد على الأسرة طلبا للمساندة والفهم وتفضل أشخاصا آخرين من خارج الأسرة يكونون موضع ثقتها، وتتجنب الأعضاء الآخرين في الأسرة، وتجد صعوبة في المشاركة أو التعاون معهم وتشعر كما لو أن كل فرد فيها يمضي في طريقه الخاص.

4. تشكل الأسر ذات الرابطة الأسرية المرتفعة والمرونة الأسرية المرتفعة، ذلك النمط الذي يعرف بـ (الأسر المرنة) أو الأسر التي تتصف بالتوافقية وسهولة استعادة الاتزان والفاعلية، ويتميز هذا النمط من الأسر بما تتمتع به من قوة أساسية مستمدة من قدرتها على التغير، ومثل هذه الأسر ترى نفسها أنها قادرة على أن تقول ما تريده، وأن تشكل القواعد والممارسات في الأسرة وأن توفق بين وجهات النظر المختلفة، وهي تتمتع بخبرة كبيرة في تبادل الأدوار والمسؤولية في الأسرة، وفي تجريب أساليب جديدة للتعامل مع الضغوط والمشكلات، ولها ثقلها في اتخاذ القرارات الهامة، وبجانب ذلك تبدي هذه الأسر قوة مستمدة من إحساسها بوحدتها الداخلية، فأعضاؤها يعتمد بعضهم على بعض ويتبادلون الأدوار والمساندة فيما بينهم ويشعرون بالتقارب والمعية ويبدون ارتياحا إزاء التعاون والمشاركة في العمل والنشاط.

طوبولوجيا الأسر المتناغمة

Typology of Rhythmic families

يتحقق النموذج المتناغم لأنماط المنظومة الأسرية وفقا لبعدين، وهما: بعد الوقت والنظام في الأسرة، وبعد تقدير قيمة الوقت والنظام في الأسرة، وعلى أساس مستويين (مرتفع ومنخفض)، كما يتضح من الشكل (5).

تقدير قيمة الوقت والنظام في الأسرة

	منخفض	مرتفع
منخفض	الأسر اللامطمئنة	الأسر القاصدة
الوقت والنظام في الأسرة High	الأسر المتراكمة	الأسر المتناغمة

شكل (5): نمط الأسرة المتناغمة

Mc Cubbin, M,A.& Mc Cubbin, H,I, 1989,P33.

يعرف بعد الوقت والنظام في الأسرة أنه الممارسات والأنماط السلوكية التي تختارها الأسرة وتنتظم بها الحياة الأسرية داخل نمط للحياة يمكن التنبؤ به، ويؤكد هذا البعد أهمية النظام في تنمية الروابط الوثيقة بين الوالدين والأطفال وبين الزوجين، وتعزيز الوحدة الأسرية والعلاقات مع الأقارب، أما بعد تقدير قيمة الوقت والنظام في الأسرة، فيتحدد بأنه المعنى والأهمية اللتان تضيفهما الأسرة على قيمة تلك الممارسات والأنماط السلوكية التي تسير عليها الأسرة لتعزيز وحدة الأسرة وإزكاء القابلية للتنبؤ فيها، ووفقا لهذا النموذج يمكن تحديد ووصف أربعة أنماط للمنظومات الأسرية كما يلي:

1. تشكل الأسر ذات المستوى المنخفض من حيث بعد الوقت والنظام في الأسرة وبعد تقدير قيمتهما نمطا من الأسر يعرف بـ (الأسر اللامنتظمة) وتوصف هذه الأسر على أساس من الاهتمام الضئيل بالوقت والنظام في الأسرة وبقيمتهما واستثمارهما في الحياة الأسرية.
2. تشكل الأسر ذات المستوى المنخفض في بعد الوقت والنظام في الأسرة وذات مستوى مرتفع في بعد تقدير الوقت والنظام في الأسرة نمطا من الأسر يعرف بـ (الأسر القاصدة)، فهذا النمط من الأسر يمضي في حياته على أساس من الاهتمام الضئيل بالوقت والنظام في الأسرة، ولكنه يركز كثيرا على قيمة الوقت

والنظام في الأسرة، ولكن هذه الأسر قد تبدي عجزا، عن حسن التوجه نحو الوقت والنظام والتزامهما بشكل منتظم.

3. تشكل الأسر ذات المستوى المرتفع في مراعاة الوقت والنظام في الأسرة وذات مستوى منخفض في تقديرهما نمطا من الأسر يعرف بـ (الأسر المتراكبة)، وتوصف هذه الأسر بأنها تمضي في حياتها على أساس من الاستثمار القوي للوقت الذي يتشارك فيه أعضاء الأسرة بعضهم مع بعض، وذلك في سياق أنشطة منتظمة، ولكنهم يبدون اتجاها سالبا نحو تقدير هذه الممارسات والأنماط السلوكية.

4. تشكل الأسر التي تركز بقوة على الوقت والنظام في الأسرة وعلى الاستثمار القوي في تقدير قيمة الوقت والنظام في الأسرة نمطا من الأسر يعرف بـ (الأسر المتناغمة) ويتميز هذا النمط من الأسر بأنه يسعى إلى الارتقاء بالأنشطة والأنظمة الأسرية، مع مزيد من التركيز على تقدير قيمة هذه الممارسات والأنماط السلوكية لتنمية الإحساس المتناغم المشترك في الأسرة بهدف ومعنى المعية والنظامية والتنبؤية في منظومة الأسرة وفي أسلوب حياتها ومواجهتها للضغوط.

ومن هذا العرض، يتضح أن تصنيف هذه الأسر إلى أنماط الأسر المجددة والمتناغمة، على أساس من رصيدها الخبري والمهاري ومن إمكاناتها وكفاءاتها في التعامل مع الضغوط، يفيد في توجيه الدراسات والبحوث في هذا الميدان وفي التخطيط لاستراتيجيات التدخل الإرشادي والعلاجي، فالأسر المجددة التي تستند فاعليتها إلى مقومات التماسك والصلابة تصف نمطا من الأسر وفقا لمتصل ذي درجات مختلفة من المرونة وسهولة التكيف واستعادة الاتزان مع الاحتفاظ بالإحساس بالتكامل الذي يمكن الأسرة من تحمل عوامل الضغط والشدة ومواجهتها، وتتحدد نمط الأسر المرنة، التي تستند فاعليتها إلى مقومات الترابط والمرونة، وفقا لمتصل ذي درجات مختلفة من المرونة وسهولة التكيف واستعادة الاتزان، تأكيدا على قدرتها على الوحدة والقابلية للتغير الذي يمكن الأسرة من استعادة فاعليتها من جراء تأثير عوامل الضغط والشدة، أما الأسرة المتناغمة التي تستند فاعليتها إلى مقومات الوقت والنظام

وتقديرهما في حياة الأسرة فتتميز بمتصل ذي درجات مختلفة من مراعاة قواعد النظام والعلاقات في الأسرة، تأكيدا على قدرتها في إقرار النظام في الأسرة واستقرارها وإمكانية التنبؤ فيها، وتعكس كل هذه الأنماط أشكالا مختلفة من مصادر القوة والفاعلية في الأسرة، التي تؤكد أهمية خواص رئيسية فيها، تشمل التكامل والوحدة والتغيرية والتنبؤية، وتلك بدورها مقومات رئيسية لاستراتيجيات التدخل الإرشادي والعلاج التأهيلي للأسر ضحايا الضغوط التالية للصدمة.

العلاج العائلي

استراتيجية التدريب على إدارة الضغوط التالية للصدمة

وتتطلب الأسر ضحايا اضطراب الضغوط التالية للصدمة رعاية خاصة من خلال الأساليب الوقائية والعلاجية التي تأخذ غالبا توجها استراتيجيا على المستوى الوطني، ونسوق في هذا الصدد نمونجا قدمه (فيجلي) لأسر الأسرى الأمريكيين في إيران في مطلع الثمانينات من خلال فريق عمل برئاسة (فيجلي) كونته الحكومة الفيدرالية وفي إطار برنامج شامل لمساندة عائلات هؤلاء الأسرى، وقد تضمنت فاعليات هذا البرنامج تقريرا يحتوي على ستمائة صفحة، وفي ضوء ذلك نعرض للمبادئ الأساسية للسياسة الاجتماعية والاستراتيجيات العلاجية الموجهة لمساعدة الأسرة الضحية وبالتالي مساعدة الضحايا المباشرين في هذه الأسر فيما يلي:

العلاج العائلي باعتباره سياسة اجتماعية: ينبغي النظر إلى أعضاء أسر الضحايا على أنهم مستهدفون كذلك لمعاناة الصدمة الانفعالية المرتبطة بالحدث الصدمي، في حين نعتمد عليهم في الوقت نفسه باعتبارهم ركيزة هامة ومصدرا أساسيا لمساعدة الضحايا من أعضاء الأسرة على الاستشفاء، ولهذا ينبغي أن تتوجه الهيئات والمنظمات الحكومية والأهلية وكذلك وسائل الإعلام في خططها وبرامجها الخاصة برعاية أسر الضحايا لتشمل ليس مجرد الدعم المادي ولكن بالأحرى أيضا المساندة النفسية الاجتماعية للأسرة الضحية منظومة متكاملة تحتوي كل أعضاء الأسرة من الضحايا المباشرين وغير المباشرين.

ولهذا يؤكد الخبراء والمسؤولون على ضرورة إقرار سياسة اجتماعية لمساندة

الأسر ضحايا اضطراب الضغوط التالية للصدمة، قوامها برامج تعليمية عامة تؤكد أهمية الأسرة، وارتباطها بالكوارث والأحداث الصدمية، وتأثير تلك الخبرات الصدمية على أفرادها وعلى أسلوب حياتها، ومدى فاعليتها، وعلى الأسلوب والطرق لمساعدة أعضاء الأسرة على مواجهة الضغوط التالية للصدمة.

ويأخذ العلاج الأسري نموذجا يتضمن عدة مراحل لاستراتيجية مرحلية يمر بها العلاج، يحدها (جوريش) للتدريب على إدارة الضغوط في الأسرة بالمراحل التالية:

1 . طور ما قبل العلاج.
2 . طور التلقي، والقياس والتقويم.
3 . طور التهوية وتفريغ شحنة الخبرة الصدمية.
4 . طور العبور وإقامة الجسور.
5 . طور التعليم.
6 . طور نقل العلاج إلى المنزل.
7 . أما (فيجلي) فيحدد أطوارا خمسة للعلاج تشمل:
8 . بناء التزام الغرض من العلاج.
9 . هيكلة المشكلة.
10 . إعادة هيكلة المشكلة.
11 . تطوير نظرية للإشفاء.
12 . الإيقاف أو الإنهاء والاستعداد.

ويلاحظ من هذين النموذجين أنهما يستخدمان مسميات مختلفة نفسها لهذه الجوانب من استراتيجية العلاج الأسري، واعتبارا لذلك نتناول استراتيجية العلاج الأسري وفقا للأطوار التالية:

التقويم والتقدير وبناء الوئام

Assessment / Building rapport

يواجه المعالج الاختصاصي في العلاج الأسري ابتداء بقضية ذات معزى كلينيكي، تتعلق بما إذا كانت الأسرة تحدد المشكلة على أنها اضطراب متعلق بالصدمة، ففي حالة ما تسمى الأسرة مشكلتها بأنها متعلقة بالصدمة فإن الاختصاصي الكلينيكي يستطيع عندئذٍ أن يقوم بعمليات التقويم والتقدير وإجراءاتهما، وبجانب ذلك ثمة جوانب عديدة أخرى تستحق التقويم تتعلق بالإجابة عن التساؤلات التالية: هل تحدد الحدث الصدمي بوضوح؟ هل الأسرة تلقي باللوم على أحد أفرادها أم أنهم يرون المشكلة أنها مشكلة الأسرة؟ ومن القضايا الأخرى ما يتعلق بوجود عنف في الأسرة، أو سوء استخدام العقاقير والمخدرات، وكذلك المرونة في أداء الدور الأسري، ومقدار التعاطف الوجداني بين أعضاء الأسرة.

والواقع أن محاولات الأسرة في حل مشكلتها كثيرا ما تؤدي إلى التعجيل بها بالفعل حيث ينزع بعض الأسر إلى تعزيز الميل إلى الإنكار والحذر لدى ضحايا اضطراب الضغوط التالية للصدمة، وتلجأ في ذلك إلى كبت التعبير عن المشاعر والأفكار المتعلقة بالخبرة الصدمية، وفي ذلك قد تكون الأسرة في موقف خطر إذا كانت تعزز من نزعة الفرد إلى الغضب الذي يتصاعد إلى حد العنف.

ويلاحظ أن الأسر غالبا ما لا تسمي مشكلتها بأنها متعلقة بالصدمة، فقد تعبر الأسرة عما تواجهه من مشكلة في شكل شكوى مبدئية من تمرد الأبناء المراهقين في الأسرة، وكثيرا ما يؤدي العنف الأسري إلى لجوء الأسرة إلى طلب العلاج، وفي كل مظاهر الشكوى المبدئية غالبا ما لا تذكر الصدمة المتعلقة بالحرب بل، وقد تقاوم الأسرة ذلك إذا طرح هذا الموضوع بشكل مباشر، وإزاء ذلك يحاول الاختصاصي أن يتعرف نوع ودرجة الأحداث الصدمية التي تعرض لها أحد أو بعض أعضاء الأسرة أو الأسرة كلها، ولكن إذا كانت الأسرة تبدي اتجاها دفاعيا بشكل صريح، فإنه ينبغي الحيطة من عدم القفز إلى مشكلة الصدمة بشكل مباشر، ولهذا تتحدد أهداف العلاج في هذه المرحلة الأولية بما يلي:

1. الكشف عن المحنة بواسطة أعضاء الأسرة.
2. تحديد أهداف نوعية للعلاج.
3. أن يوصل المعالج درجة عالية من الثقة إلى أعضاء الأسرة.
4. أن يعكس المعالج إحساسا بالتفاؤل إزاء توقعات بنتائج إيجابية للعلاج.

التهوية أو التفريغ وهيكلة المشكلة
Ventilation and framing the problem

يتضمن الطور الثاني تحقيق عملية الكشف عن الذات بين أعضاء الأسرة، حيث توجه الإجراءات العلاجية إلى مناقشتهم للحدث الصدمي، وفي هذه العملية لا يجد (وهم الأسرة) بأنهم غير قادرين على الكلام عن الصدمة ما يؤيده، وينتقل الاهتمام من التمركز على الشخص الضحية بعيدا نحو المنظومة الكلية للأسرة.

يطلق (جوريش) على هذه العملية مصطلح (التهوية) في حين يطلق عليها (فيجلي) مصطلح (هيكلة المشكلة)، وتتضمن الاستراتيجيات العلاجية في هذا الطور ما يلي:

1. السماح لأعضاء الأسرة بالتعبير عن وجهات نظرهم الخاصة وردود فعلهم للحدث الصدمي الذي خبروه.
2. التأكيد على الاعتراف والتقبل لكل ما

تحمله الخبرة الشخصية لكل عضو من أعضاء الأسرة من معان.

3 . توجيه أعضاء الأسرة إلى تحديد قائمة بالنتائج المرغوبة وغير المرغوبة للصدمة.

4 . التعرف على محاولات الأسرة لحل مشكلتها وإلى أي حد قد آلت مساعيها إلى تفاقمها.

إعادة هيكلة المشكلة

Reforming the problem

يعتبر هذا الطور أكثر الأطوار أهمية في عملية العلاج، ويتضمن الهدف هنا ما يسميه (جوريش) بمصطلح (العبور وإقامة الجسور) لتجاوز الفروق بين أعضاء الأسرة داخل منظومة الأسرة فيما يتعلق بنوعية الخبرة الصدمية التي تعرض لها كل عضو من أعضاء الأسرة وتقديره المعرفي لها، فكل منهم سوف تكون له فرضياته الخاصة ونظريته الشخصية عن دوافعه ودوافع الآخرين، ويتحقق في هذا الطور أن هذه النظريات الشخصية التي كونها كل عضو من أعضاء الأسرة عما حدث ولماذا حدث، سوف يشارك فيها كل أعضاء الأسرة، وهنا ينبغي أن يتوجه المعالج إلى مساعدة أعضاء الأسرة على إعادة هيكلة الخبرات المختلفة لديهم وإلى بناء نظرية للاستشفاء تتسق مع هذا المنظور الجديد، وفي ذلك يحدد (جوريش) عددا من الأساليب لتحقيق هذه الأهداف مثل:

1 . تسوية السلوك، أي إعادة النظر فيه واعتباره سلوكا طبيعيا.

2 . إعادة تسمية السلوك.

3 . إضفاء معان إيجابية للسلوك.

4 . إعادة تحديد أنماط السلوك في الأسرة.

5 . تيسير تعرف نواحي المماثلة بين أعضاء الأسرة.

6 . تيسير اكتشاف (معنى جديد) داخل الأسرة.

بناء نظرية للاستشفاء

Developing healing theory

يؤكد (فيجلي) أنه خلافا للنظرية الفردية للاستشفاء، ينبغي إقرار نظرية للاستشفاء لدى الأسرة يتبناها كل أعضاء الأسرة، أي التزام أسلوب جديد لتحسين نوعية الحياة في الأسرة.

دور الاختصاصيين في الصحة النفسية:

يواجه المعالج الاختصاصي في العلاج الأسري عديدا من المهام والمشكلات المتعلقة بالتعامل مع منظومة

الأسرة كاملة وما تتضمنه من تفاعلات بين أعضائها، وكذلك ما يعانيه الفرد الضحية من تأثير الخبرة الصدمية، ولذا يراعي المعالج في أدائه لدوره المهني كلا من العمومية والفردية في علاج الأسرة، وفي ذلك يتضمن دوره:

1 . نمذجة السلوك المناسب.

2 . تيسير التدريب على أداء أعضاء الأسرة لأدوارهم.

3 . تقرير ما إذا كان من الضروري تضمين الأطفال في عملية العلاج أو استبعادهم منها، ومتى يكون ذلك.

4 . تقرير متى يكون من المناسب استخدام أسلوب الجلسات الفردية أو الجماعية.

ويوصي في بعض الحالات باستخدام طريقة (العلاج المتعاون) حيث يمارس العلاج أو يساعد فيه شخص كان مصابا باضطراب الضغوط التالية للصدمة وتعافى منه (مثل الأشخاص الناجين من الكوارث أو الحروب أو الأسر أو ضحايا الاغتصاب..الخ)، وخاصة في الحالات التي يشعر فيها الفرد الضحية أو أسرته أن المعالج لا يفهم حقيقة الخبرة الصدمية التي يعانونها.

وفي كل هذه الأدوار، ينبغي أن يضع الاختصاصي في العلاج الأسري في اعتباره المهام التكيفية الأساسية اللازمة لتعامل الأسرة أفرادا ومنظومة مع أحداث الحياة وتحولاتها، وتشمل هذه المهام ما يلي:

1 . إدراك معنى الموقف وفهم المغزى الشخصي للحدث لدى الفرد والأسرة، ويتضمن ذلك أيضا تقدير الخسارة الشخصية، وتقييم ما انطبع في أذهانهم عن خبرتهم الصدمية، وإعادة تقييمها في إطار معنى مقبول.

2 . مواجهة الواقع والاستجابة لمتطلبات الموقف الخارجي والظروف المتغيرة.

3 . تعزيز العلاقات بين أعضاء الأسرة بعضهم ببعض، ومع الأصدقاء، وكذلك مع الآخرين المعنيين ممن يفيدون في تقديم العون للأسرة.

4 . الاحتفاظ بتوازن انفعالي معقول عن طريق التدريب على التحكم في المشاعر الباعثة على الاضطراب التي يستثيرها الموقف أو الإشارات أو العلامات المقترنة به.

5 . الاحتفاظ بصورة الذات في إطار موجب، وتنمية الإحساس بالكفاءة والثقة، وقد يتطلب ذلك توجها من المعالج نحو تمكين الفرد من مواجهة (أزمة الهوية) التي قد تتعرض للاضطراب ولتغير في القيم الشخصية وأسلوب الحياة.

المراجع العربية

1. عدنان الشطي: العلاج الأسري الوقائي - الحلقة النقاشية الرابعة، مكتب الإنماء الاجتماعي - الديوان الأميري - الكويت: يونيو 1993.
2. فيولا الببلاوي: أسر الشهداء والأسرى : بين ألم المعاناة وشرف المعاناة - الحلقة النقاشية الرابعة ، مكتب الإنماء الاجتماعي - الديوان الأميري - الكويت: يونيو 1993.
3. فيولا الببلاوي: مشكلات الأطفال والمراهقين أبناء الشهداء والأسرى والمفقودين وحاجاتهم الإرشادية - الكويت: إدارة البحوث ، مكتب الإنماء الاجتماعي - الديوان الأميري 1996.
4. محمد الموسوي: الأسرة المتضررة والمتغيرات النفسية: الحلقة النقاشية الرابعة ، مكتب الإنماء الاجتماعي - الديوان الأميري - الكويت: يونيو 1993.
5. مصطفى تركي: نماذج العلاج النفسي الجمعي لأسر الشهداء والأسرى والمفقودين: الحلقة النقاشية الرابعة، مكتب الإنماء الاجتماعي - الديوان الأميري - الكويت: يونيو 1993.

المراجع الأجنبية

1. Brenda, J.O. & Goldsmith, R. Posttraumatic stress disorder in families. (1991). Journal of Contemporary Psychotherapy, 21 (21),115-124.
2. Figley, C.R. (1983). Catastrophe: An Overview of family reactions. In C.R. Figley & H.I. McCubbin (Eds:, Stress and the family, Vol. II: Coping with Catastrophe. New York: Brunner/Mazel Publishers.
3. Figley, C.R. Traumatic Stress: The role of the family and social support system. In C.R. Figley (Eds:, Trauma and its Wake, Vol. II: Traumatic Stress theory, research & intervention. New York: Brunner/Mazel Publishers.
4. Figley, C.R. Posttraumatic family therapy. (1988). In F. Ochberg (Ed.), Posttraumatic therapy and victims of violence. New York: Brunner/Mazel Publishers.
5. Figley, C.R. & Sprenkle, D.H. (1978). Delayed stress response syndrome: Family therapy indications. Journal of Marriage and Family Counseling, 4, 53-59.
6. Harkness, L.L. (1993). Transgenerational transmission of war-related trauma. In J.P. Wilson & B. Raphael (Eds:, International Handbook of traumatic stress syndromes, pp. 635-643. New York & London: Plenum Press.
7. Hunter, E.J. (1983). The Family in waiting. In C.R. Figley & H.I. McCubbin (Eds.), Stress and the family, Vol. II: Coping with catastrophe, pp. 166-184. New York: Brunner/Mazel Publishers.
8. Jurich, A.P. (1983). The Saigon of the family's mind: Family therapy with families if Vietnam veterans. Journal of Marital and Family Therapy, 4, 355-363.
9. McCubbin, M.A. & McCubbin, H.I. (1989). Theoretical orientaitons to family stress and coping. In C.R. Figley (Ed.), Treating stress in families. New York: Brunner/Mazel Publishers.
10. Moos, R.H. & Schaefer, J.A.

(1987). Life transitions and crises. In R.H. Moos (Ed.), Coping with life crises. New York & London: Plenum Press.

11. Obler, S. (1987). American prisoners of war - An overview. In T. Williams (Ed.), Post traumatic stress disorder: A Handbook for clinicians. Cincinnati: Disabled American Veterans.

12. Peterson, K.C., Prout, M.F. & Schwarz, R.A. (1993). Posttraumatic stress disorder: A clinician's guide. New York: Plenum Pres.

المناقشات والتعقيبات

د. محمود البستان:

الحقيقة لقد استمتعت بالجانب النظري أو الخلفية العلمية للبحث، إلاّ أنّي أودّ أن نعرّف ما هي النتائج التي تحققت للأسرة الكويتية، وكوني باحث وأستاذ جامعي أين دورنا في المجتمع ؟ نريد أن نعرف ماذا نقول نحن وماذا نرى وماذا ينبغي أن نعمل للأسرة الكويتية؟ نريد أن نتحدث عن جهودنا خلال سبع سنوات. ومع احترامي للجانب النظري والأسلوب العلمي، نود أن يكون التطبيق على المستوى نفسه، وما هو المقصود بالنتائج الكبيرة أو الجيدة للبحوث العلمية؟ وما هي المقاييس للحكم على نجاحها؟ يوجد عندنا أسر كثيرة تعاملت مع مكتب الإنماء، ماذا عملنا لهذه الأسر؟ وما هي النتائج؟ وما هو تقويمنا لهذه النتائج والبحوث والجهود الكبيرة... إن عملنا في رأيي يحتاج إلى وقفة تقويمية للعمل والجهود والنتائج. وشكرا

د. فهد الناصر:

أشكر الدكتورة «فيولا» على المعلومات التي تفضلت بها فيما ورد في هذا البحث، كما أشكر الدكتور محمود البستان على حماسه وغيرته المعهودة على المجتمع الكويتي.

ومن خلال مقدمة البحث، كان بودي أن يعرض الباحث إطارا على وجه الخصوص، لقد كان د. (تشارلز) بيننا هنا في الكويت وكتبه هنا في مكتبة كلية الآداب، وهو صاحب نظرية خاصة طبقها في مجتمعه، فهل من الممكن وضع نظرية (تشارلز) العلاج في إطار يتناسب مع المجتمع الكويتي؟

والدكتور محمود البستان تحدث عن العلاج الأسري ودور مكتب الإنماء الاجتماعي، ولاشك أن العلاج الأسري هو ضمن استراتيجية مكتب الإنماء منذ بداية تأسيسه لتقديم خدمات إرشادية للأسر في المجتمع الكويتي، وأود أن أؤكد أن مكتب الإنماء الاجتماعي نجح في علاج بعض الأسر، وكان ولا يزال له دور ملموس منذ سنوات عديدة حول تقديم خدمات إرشادية للأسر، ويعتبر هو أول مؤسسة تتعامل مع الأسرة زوجا وزوجة وأبناء، وعما قدّمه المكتب للأسر المتضررة نقول إنه ما من حلقة نقاشية سبقت هذه الحلقة إلا وتطرقت إلى موضوع الأسرة بوجه عام والأسرة

المتضررة على وجه الخصوص، كما أن هناك العديد من البحوث التي تطرقت إلى كيفية التعامل مع الأسر المتضررة، كما أن الدورات التدريبية غطت جانبا كبيرا من قضية التعامل مع الأسر المتضررة على وجه الخصوص، ذلك أن مكتب الإنماء يركز على ثلاثة محاور رئيسية هي: الفرد والأسرة والمجتمع، فلا مجال إذن لتجاهل موضوع الأسرة أو أن يغيب عن الأذهان. وشكرا.

د. بدر بورسلي:

أود أن أسأل بالنسبة للنموذج التي عرضته علينا الدكتورة، هل هناك نموذج الخاص بالعلاج الأسري النفسي؟ وإن كان بالفعل كذلك فليته يكون بتفصيل أكثر، وما هو الأسلوب لتطبيق هذه النماذج؟ وهل من الممكن أن تشمل الجلسة جميع أفراد الأسرة أو أن تكون بطريقة فردية أو عن طريق توزيع منشورات تتضمن بعض الإرشادات؟ أود أن نتعرف على الأسلوب الواقعي العلمي لهذا الأسلوب من العلاج. وشكرا.

د. مصطفى تركي:

بالنسبة لما ذكره د. البستان فإنه من الممكن تحقيق وجهة نظره من خلال عدة طرق: منها أن يقوم مكتب الإنماء بإعداد إحصائيات عن عدد الأسر التي تم التعامل معها والأساليب العلاجية التي استخدمت خلال سبع سنوات سواء بمكتب الإنماء أو غيره من المراكز المتخصصة بدولة الكويت، ولاشك أنه على مستوى مكتب الإنماء لا يمكن إهمال الأسرة، فالعلاج الأسري متكامل ومن الممكن أن نعرض لخبرات عامة أو معانٍ عامة أو قواعد عامة من خبرة دولة الكويت في هذا المجال.

د. فيولا:

أشكر الدكتور البستان على حماسه الشديد، ولكني أود أن أوضح أننا جميعا نعمل في محراب العلم ونتعامل من خلال علم يتبناه «العالم» بأسره، ونحن نعمل في المجال العلاجي، ونقتبس من الخارج كثيرا من المقاييس ومقاييس الشخصية ولكن بعد تقنينها بشكل أو بآخر لكي تتمشى مع ثقافتنا العربية والإسلامية.

إن هذه النماذج التي وضحها العالم «تشارلز» يمكن أن نستفيد منها، وكل نمط من أنماط الأسرة التي وجدت في هذه النماذج يمكن أن نحتاج إلى أن نتعامل معه مقياسا، وهناك مقاييس تتعامل مع الأسرة كما أن هناك مقاييس تتعامل مع الأفراد أنماطا للشخصية وهذه الأنماط تعتبر أساسا وظيفيا لبناء نظرية العلاج.

والنظرية هنا موجودة وعلينا أن نستفيد منها ومن كل محتوياتها ومن كل مراحلها، ولنا أيضا أن نزيد أو نضيف أو نحذف كما نريد وبما يتناسب معنا. وجدير بالذكر أن مكتب الإنماء الاجتماعي قد بدأ بمجموعة من الخبراء من خارج البلاد وخاصة من أمريكا وإنجلترا ومن خلال الدورات التدريبية استفدنا كثيرا من خبراتهم، وهذا لا يقلل إطلاقا من شأن الموجودين معنا الآن، والعالم كله يتفاعل مع العلم، ولنا أن نعطي، ولنا أيضا أن نأخذ من الآخرين، ولاشك أن هناك من سبقونا في بعض المجالات، مع أننا كنا السابقين في وقت من الأوقات، وأن الاستفادة هنا من منظور معين لا تقلل من قدرتنا ولا تطمس هويتنا، ذلك أنه يمكن أن ندرس أنماطا مختلفة من الأسرة ونتعامل مع هذا النمط، ونستفيد من هذا البرنامج. وأنا هنا أوافق الدكتور فهد أن كل هذا ينبغي أن يكون في إطار الثقافة العربية والإسلامية. الدكتور بدر يسأل هل هذا النموذج بالفعل نموذج للعلاج الأسري؟ وأن أؤكد أن هذا النموذج تم استخدامه فعلا في العلاج الأسري واستخدم فيه الأسلوب الجماعي والأسلوب الفردي، ومن خلال الخبرة التي عاشها مكتب الإنماء الاجتماعي في التفاعل والتعامل مع هذه الأسر يستطيع أن يضع نموذجا عربيا يمكن أن يحتذى به ، وشكرا.

د. محمود البستان:

أود أن أعقب على كلمة د. فيولا : لاشك أن الدكتورة أجرت البحث بطريقة علمية ولكني أسأل عن التطبيق لإقرار هذه النظرية.. نريد الرقي في العمل التطبيقي والعمل الميداني، ولا أقصد ألاّ نستفيد أو نعزل أنفسنا لأن في الانعزال الانحسار والضمور، ومن الضروري والمفيد أن نتفاعل مع النظريات الأخرى، ولكن السؤال هو : إلى أي حدّ يمكن أن تنطبق الأداة التي استخدمها على الأسرة الكويتية بخصائصها وعلى عالمنا الإسلامي بمعتقداته وعاداته وتقاليده؟

د. فيولاّ:

من حيث التطبيق، فقد طبقت تلك النظرية في المجتمعات التي خرجت منها، والسؤال هو: إذا كانت طبقت في المكان والبيئة الثقافية التي خرجت منها، هل لنا أن نستفيد؟ في نمط معين من الأسر، وهل يمكن أن نتعامل مع الأبعاد المختلفة في إطار ثقافتنا الخاصة؟ إذن هنا أستطيع وضع إطار نظري يمكن الاستفادة منه في التعامل مع الأسر ذات الأبعاد والأنماط المختلفة وشكرا.



الجلسة الخامسة



الرعاية الاجتماعية كمدخل متكامل للتعامل مع مآسي الحرب

رئيس الجلسة : أ. عبد الواحد شمس الدين

المتحدث الرئيسي : د. نضال الموسوي

البحث

المقدمة

يتضمن هذا البحث تعريفاً بمفهوم الرعاية الاجتماعية وتطوره، وضرورة الرعاية الاجتماعية للمجتمع المعاصر، وذلك في ضوء الأزمات والمشاكل في هذا المجتمع وكذلك الحروب وما ينتج عنها من آثار خطيرة على الأفراد والجماعات، كما يتضمن البحث تعريفا بمجالات نسق الرعاية الاجتماعية وبرامجها اللازمة لمتضرري الحروب مع الإشارة إلى العدوان العراقي على دولة الكويت وما تطلبته مواجهة تلك الآثار من جهود مكثفة تناسب مع معطيات الرعاية الاجتماعية باعتبارها ضرورة للمجتمع الذي يخبر مأساة الحرب.

أولا: مفهوم الرعاية الاجتماعية وضرورتها للمجتمع المعاصر

اكتسب مفهوم الرعاية الاجتماعية، في ظل الديمقراطيات الغربية عقب الحرب العالمية الثنائية أبعادا أعمق، بحيث أصبح هذا المفهوم يتعدى توفير الحد الأدنى من مستلزمات الحياة ليكون إتاحة مستوى من الرفاهية توفره الحكومة للمواطنين[1]. إن لهذه الفكرة دلالة مهمة، وهي أن الآثار التي تخلفها الحروب، والمآسي التي يعيشها المجتمع نتيجة الحرب، تتطلب تطويرا في المفاهيم والممارسات الحيوية ذات الصلة بالوجود الاجتماعي حتى يتمكن المجتمع من النهوض من كبوته واللحاق بركب التقدم، وتمثل الرعاية الاجتماعية أحد هذه المفاهيم والممارسات، وهي في معناها العام جهود منظمة تهدف إلى توفير مستوى معقول

من المعيشة وتحسين الظروف الصحية والنفسية والاجتماعية للناس، والرعاية الاجتماعية أكثر من مجرد نظام اجتماعي، لأنها تتضمن العديد من المهن والخدمات بقصد المساعدة ومواجهة الحاجات الاجتماعية، كما أنها نمط أساسي متميز من الأنشطة، وضمن الوسائل والأساليب التي تساعد على إشباع الحاجات الإنسانية وتحقيق مستوى حياتي أفضل، وكذلك تحقيق تطوير في الأداء الاجتماعي والوظائف الاجتماعية لأعضاء المجتمع[2]، وقد جاءت الرعاية الاجتماعية المنظمة وليدة للثورة الصناعية وإن كانت قد تطورت كثيرا فيما بعد، وكانت تهدف في البداية إلى الوصول إلى أعلى درجة من الإنتاجية بتدعيم قدرات الأفراد وحماية غير القادرين منهم، والاستفادة القصوى من القوى العاملة، وذلك من خلال أجهزة منظمة تقدم مساعدات متنوعة للأفراد والجماعات، وكان أيضا من دواعي ظهور الرعاية الاجتماعية المنظمة مواجهة مشكلات التحضر وظهور الفئات الاجتماعية الهامشية في المدن الضخمة كثيفة السكان، وما يرتبط بذلك من مشكلات الفقر والمرض والجرائم .. الخ، لقد ترك كل ذلك آثارا تجسد نوعا من العجز الاجتماعي بما يحتم التدخل لحماية المجتمع من خلال التزام توفير البرامج والأساليب التي تقلل من مشكلاته الاجتماعية وتحد من آثارها.

والرعاية الاجتماعية بهذا المفهوم تمثل ضرورة للمجتمعات المعاصرة بوجه عام، والمجتمعات التي عاشت محنة الحرب بوجه خاص، ففي الدول المتقدمة، كدول غرب أوربا، والولايات المتحدة مثلا، يلاحظ ارتفاع معدلات الجريمة، والتفكك الأسري، والاضطرابات النفسية بما في ذلك القلق والتوتر، ويرى بعض الباحثين أن ذلك يفسر تزايد معدلات الانتحار في تلك البلدان، لأن التقدم المادي صاحبته أفكار وإيديولوجيات تناقض الأديان، كما رافق التقدم العلمي أفكاراً فلسفية، لصياغة قوانين الحقيقة من ملاحظة المادة، وهذا يمثل رد فعل ضد فهم الكون فهما غيبيا، إنه يفسر العقل في عبارات مستمدة من قوانين مادية، إن المادة باعتبارها اتجاها علميا استخلصت نتائج عبَّرت عن نفسها في صورة ثورة علمية، وسلَّحتها العقلية الغربية بالتجربة وحددتها بالموضوعات المادية ردّ فعل تجاه سيطرة الكنيسة على المجتمعات الأوربية في القرون الوسطى، وظهر الاتجاه المادي الفلسفي الذي بموجبه ظهرت المادية سلاحا ضد الدين، بل إن

المسائل المتعلقة بالإيمان عرضت ونوقشت على أنها تثير الشك والقلق والاضطراب، وفي الوقت نفسه، فإن المسائل المتعلقة بالعلم عرضت ونوقشت على أنها دائما أقرب إلى اليقين، والواقع أن نلك يخالف الفطرة الإنسانية تماما، لأن الدين فطرة في الإنسان، وحتى قبل بعث الأنبياء والرسل، كان الإنسان البدائي يهرع إلى التدين، فجاء الفكر المادي ليصطدم مع هذه الفطرة، وأضيفت إلى هذا الاصطدام المروع تعقيدات الحياة المعاصرة، واللهث وراء الملذات والماديات، وكان نتيجة نلك كله أن فقد التوازن بين متطلبات الجسد ومتطلبات الروح، فأصبح الإنسان الغربي، يعاني من القلق والاضطراب والضياع النفسي، وتجسد نلك في سلوكيات مدمرة على الفرد والمجتمع، كالاضطرابات النفسية، والسلوكيات المضادة للمجتمع، والتفكك الأسري، والعنف .. فكان لا بد من وجود برامج رعاية لمواجهة هذه المشاكل.

والعامل الآخر الذي يؤكد ضرورة الرعاية الاجتماعية في المجتمع المعاصر يتمثل في مشكلات التخلف الاقتصادي والاجتماعي وما يرتبط بها من الفقر والمرض والجهل، وينطبق نلك بصفة خاصة على العديد من الدول النامية في أفريقيا وآسيا وأمريكا اللاتينية، لقد وجدت فجوة هائلة بين متطلبات الحياة الإنسانية الكريمة من جهة، وبين ما هو واقع أو موجود من جهة ثانية، ولتقليل هذه الفجوة، رأت الهيئات الحكومية والأهلية العمل قدر الإمكان على زيادة سرعة الخدمات وفاعليتها وتعددها بحيث أصبح عامل الزمن من الأهمية بمكان لتقصير المسافة بين الواقع المتخلف من جهة والآمال المنشودة بشأن توفير الحد الأدنى لمتطلبات الحياة الكريمة من جهة ثانية. والعامل الثالث الذي يحتم ضرورة وجود الرعاية الاجتماعية في المجتمع المعاصر، يتمثل في الصراعات والحروب المسلحة، والمجاعات والكوارث الطبيعية كالفيضانات والزلازل، فهذه الأمور تخلف وراءها الكثير من الضحايا واللاجئين الذين يحتاجون إلى المساعدات العاجلة والرعاية المتواصلة سواء من حيث الغذاء، أو التعليم، أو الصحة أو غير نلك من مقومات الحياة، ويفيد تقرير حديث بأن العالم منذ العام 1945 شهد 400 معركة وحرب، خلفت وراءها 23 مليون قتيل وجريح، من بينهم 15 مليون مدني، ومنذ العام 1980 هناك أكثر من 5.1 مليون طفل قتلوا في الحروب، بجانب 6 ملايين جرحوا أو أعيقوا، أي أنه منذ العام 1980

وحتى العام 1997، دمرت الحروب 5.7 مليون طفل بمتوسط (416666) طفلا في العام، بواقع 1141 طفلا في اليوم الواحد[3] ومن المنظور النفسي، فإن الأطفال هم أكثر الشرائح الاجتماعية تأثرا بالحروب حيث تنعكس آثارها انعكاسا سلبيا معقدا على نموهم النفسي بما تسببه لهم من اضطرابات في الشخصية تنعكس على تفاعلهم الاجتماعي وأدائهم الدراسي، ويصل تأثر الأطفال بالحرب إلى درجة أنه يمكنهم أن يتأثروا بالحرب حتى ولو لم تكن في مجتمعهم[4] وقد يكون تأثير الحروب في الطفل بشكل مباشر كخبرة القصف والإصابات الجسدية، كما قد يكون بشكل غير مباشر كفقدان الأب أو أحد أفراد الأسرة، أو تردي الظروف الاقتصادية والاجتماعية للمجتمع بما ينعكس على الأفراد والجماعات.

ثانيا: الآثار المأساوية للحروب

تعتبر الحروب من أخطر الظواهر الاجتماعية في تاريخ الإنسان، وهناك من يرى أن الحرب هي التي أنجبت التاريخ، والتاريخ برمته يمكن اعتباره تاريخ الصراع، وليس من المحتمل أن يتوقف تاريخ المعارك، والحروب مثل حدود تميز التحولات العظيمة للأحداث، فعن طريق الحروب تحطمت حضارات وظهرت حضارات أخرى، وعن طريقها أيضا تأكد التفوق الذي أقام - لفترة طويلة أو قصيرة - نمطا معينا من المجتمعات البشرية، والحرب هي العامل الرئيسي لتلك المحاكاة الجمعية التي تلعب دورا كبيرا في التحولات الاجتماعية باعتبارها أكثر صور الحياة وضوحا وتغيرا. فالحروب صورة سريعة حقا للتحول في مسيرة المجتمع، خاصة تلك الحروب الشاملة، وينتج عن الحروب آثار اقتصادية وسياسية وعسكرية تنعكس على واقع الدولة والمجتمع، كما ينتج عنها آثار اجتماعية ونفسية وتربوية تختلف عمقا واتساعا من مجتمع إلى آخر ومن جماعة إلى أخرى، ومن فرد إلى آخر في إطار المجتمع الواحد. فالحروب بصفة عامة ذات آثار مدمرة على الإنسان ومنجزاته، ففيها قتل للحضارة ودمار للعمران، وتنعكس آثارها على الشعوب بتقويض مقومات الحياة الاقتصادية والاجتماعية كتدهور الخدمات والمرافق ونقص الأموال والسلع والتفكك الأسري وانهيار القيم أو اهتزازها، كما تمثل الحرب ظروفا ضاغطة وأحداثا صدمية بما ينتج عنها من معاناة نفسية وسلوكية وبدنية، ليس فقط على المحاربين أو العسكريين، وإنما تمتد إلى

المدنيين، فقد تطولهم العمليات العسكرية، كما أنهم يكونون عادة تحت طائلة الرعب والتهديد، وفي ظروف الحرب يشعر أفراد المجتمع بأنهم عرضة للإصابة والقتل وفقدان ذويهم، ويحدث ذلك بالفعل لبعض المواطنين، الأمر الذي يجعل سوء التكيف النفسي قاسما مشتركا في ظروف الحروب حسبما يكشف عن ذلك العديد من الدراسات والبحوث التي أجريت على ضحايا الحروب بدءا من الحرب الكورية 1950 - 1953، وانتهاء بحرب الخليج الثانية 1990 - 1991[5]، ومن الآثار التي تصاحب الحروب وتنتج عنها اضطرابات ضغوط ما بعد الصدمة التي تصنف عادة على أنها واحدة من التقسيمات الفرعية للقلق، ويعاني منها هؤلاء الذين خبروا أحداثا صدمية تفوق إمكانات المواجهة لديهم، إنها أحداث تخرج عن إطار الحياة المألوفة فينتج عنها رد فعل إجهادي سواء بصفة عاجلة أو آجلة، ويمتد تأثير الأحداث الصدمية إلى هؤلاء الذين يرتبطون بعلاقات مع الحالة، خاصة المقربين كأعضاء الأسرة مثل الأطفال والزوجات، ويتضمن هذا التأثير العنف المنزلي، وإدمان العقاقير وأفكار الانتحار، الأمر الذي يجعل الحياة مع ضحايا صدمات الحروب كالتحدي الحقيقي[6].

وفي أعقاب الحروب تزداد معدلات الجريمة، ربما بسبب الضغوط الانفعالية، وما ينتج عن الحرب من تردٍّ اقتصادي وفوضى في تنظيم شؤون المجتمع، كما أن تفكك الأسر نتيجة غياب أربابها أو بعض أعضائها بسبب الحرب يولد لدى بعض الأفراد فكرة أن يحيا كل منهم حياته الخاصة دون تعويل على الغد المجهول، فتبدأ القيود الأخلاقية بالضعف أو التحلل على نحو يتيح الانحراف عن سالف العادات، وبالتالي تقع الجرائم، كما أن بعض الناس بعد الحرب لا يطيق التزام الأنظمة الاجتماعية والخلقية سواء أكانوا قد ساهموا فعلا في القتال أم لم يساهموا، فالجميع تسودهم حالة من الإرهاق والشطط وحدة الطباع نتيجة ما عانوه أثناء الحرب من التذبذب بين الحياة والموت، ففي إيطاليا قبل الحرب العالمية الثانية وبالتحديد في الفترة من 1937 حتى 1939، كان عدد الجنح المبلغ عنها (1223) جنحة لكل مائة ألف مواطن، أي بمتوسط قدره (7.407) جنحة لكل سنة، ارتفع إلى (2247) جنحة عام 1946 أي بعد انتهاء الحرب وعلى الرغم من انخفاض الجنح بعد ذلك إلا أنه ظل مرتفعا عما كان عليه قبل الحرب، ففي عام 1947 كان العدد (1760) جنحة، وبلغ عام 1948 (1533) جنحة، ووصل في عام 1949 إلى (1415)،

جنحة ثم إلى (1349) عام 1950[7].

ثالثا: مجالات نسق الرعاية الاجتماعية وبرامجها

أ- مجالات نسق الرعاية الاجتماعية:

النسق - في مفهوم علم الاجتماع - عبارة عن مجموعة من الأشخاص والأنشطة تتميز العلاقات المتبادلة بينها بقدر من الثبات والاستقرار، ومصطلح (النسق) يمثل أشمل الكيانات التي يهتم علم الاجتماع بدراستها، فهو يضم المجتمعات والتنظيمات والجماعات والنظم، فالأمة عبارة عن نسق اجتماعي، والزوجان اللذان يعيشان في أسرة هما نسق اجتماعي، والتنظيمات التي تعمل في إطار معين هي نسق اجتماعي، وكل نسق يخلق لنفسه حدودا تميزه من غيره من الأنساق، كما يخلق داخله حالة من التوازن بين الأنشطة التي تمارس فيه بحيث يظل قادرا على العمل وعلى أداء وظائفه[8]، والنسق في الرعاية الاجتماعية يشمل مجموعة من المجالات والبرامج والأنشطة التي تدار بنظام معين بحيث تتكامل فيما بينها لتحقق المساعدة للأفراد والجماعات، بحيث يكون أمامهم فرص أفضل لإشباع حاجاتهم، ولكن الرعاية الاجتماعية تتميز بالانتشار الوظيفي، وبالتالي فهي ليست على هذه الدرجة من التحديد التي تتميز بها الأنساق في النظم الاجتماعية الأخرى، ويبدو ذلك واضحا في طبيعة مجالات نسق الرعاية الاجتماعية التي تتمثل في ثلاثة مجالات هي: الخدمة الاجتماعية (Social Services) والإمداد الاجتماعي (Social Provision) ثم الفعل الاجتماعي (Social Action) وفي إطار هذه المجالات الثلاثة، فإن الرعاية تضم العديد من الميادين والأنشطة التي يقوم بالعمل فيها فئات متعددة مثل الأخصائيين النفسيين والاجتماعيين والأطباء والباحثين والمدرسين ... الخ، والخدمة الاجتماعية إذا كانت (مهنة) يمارسها الأخصائي الاجتماعي فإنها مجرد مهنة واحدة فقط من بين العديد من المهن التي تمارس في إطار الرعاية الاجتماعية، والخدمة الاجتماعية تقوم بدورها من خلال الأجهزة المتخصصة، وتهتم بالتنظيمات الاجتماعية وما يطرأ عليها من تغيرات، وتعمل على تطوير الأجهزة والتنظيمات المعنية بالرعاية الاجتماعية، وتتعاون مع النظم الموجودة، وتتبادل معها الخبرات والمعلومات البناءة في إطار عمل اجتماعي يعتمد على المشاركة الأهلية، والخدمة الاجتماعية (كمهنة)، ظهرت في

المجتمعات الغربية منذ بدايات القرن العشرين، لتؤدي خدمات للفئات والأفراد المحتاجين، أو الذين يعانون من مشكلات، وقد انبثقت هذه المهنة من تطور الرعاية الاجتماعية للإسهام في تحقيق أهداف الرعاية على نحو أفضل[9] .

أما الإمداد الاجتماعي فهو عبارة عن دعم يقدم إلى ذوي المشكلات لمساعدتهم في التغلب على مشكلاتهم، أو يخفف من وطأة هذه المشكلات، وقد يكون الدعم في صورة خدمات طبية أو نفسية أو تعليمية أو مالية .. الخ، وكثيرا ما ينظر إلى الدعم الاجتماعي طريقة أساسية لرعاية حالات معينة، ويتم من خلال الاتصال المباشر بين صاحب المشكلة والعاملين في مجال الرعاية، ويعبر عن مشاركة وجدانية، واهتمام ورغبة في المساعدة، وتقبل محتاج الرعاية شخصا جديرا بالاحترام، وأن ما يقدم له من دعم إنما هو حق من حقوقه يجب الوفاء به[10] أما الفعل الاجتماعي فيشير إلى فلسفة المشاركة والجماعية في الأداء والإفادة الاجتماعية في الهدف والغاية، فالرعاية الاجتماعية لا تؤدى من خلال فرد، أو أفراد غير مترابطين، كما أنها ذات توجه اجتماعي يستهدف العديد من الأفراد والجماعات ذوى الحاجات أو المشكلات، وتمثل المشاركة - باستراتيجياتها المختلفة أحد المتطلبات الأساسية للفعل الاجتماعي الإيجابي، لأنها وسيلة لامتلاك القوة وتحقيق الأهداف المبتغاة في برامج الرعاية الاجتماعية، والمشاركة هنا لا تقتصر على المشاركة الأهلية أو التطوعية، وإنما تشمل المشاركة الرسمية بمعنى مشاركة مؤسسات الدولة وتعاونها من أجل القيام بمتطلبات الرعاية الاجتماعية وتحقيق أهدافها، والتغلب على ما يواجهها من مصاعب .

ب- برامج الرعاية الاجتماعية لمتضرري الحروب:

إن أنشطة الرعاية الاجتماعية وبرامجها هي جهود منظمة، بمعنى أنها تتم من خلال منظمات وهيئات ومؤسسات ذات بناء بيروقراطي، وتعمل بانتظام، والرعاية الاجتماعية تدعيم من المجتمع وتعبير عنه، فهي تقدم عن طريق تعبئة موارد المجتمع لمواجهة حاجات ملحة، وهذه الحاجات تصبح أكثر إلحاحا بعد انتهاء الحرب، حيث يزداد عدد الأفراد والأسر المتضررة التي تقل قدرتها على إشباع الحاجات أو مقابلة متطلبات المعيشة، قد يكون ذلك نتيجة خسائر مادية، كما قد يكون نتيجة تدمير البنية

التحتية وتردي الوضع الاقتصادي، مثلما يكون نتيجة المعاناة من مشكلات نفسية واجتماعية أو صحية (كالإصابات والأمراض). لكل هذه الأسباب تأتي برامج الرعاية الاجتماعية ضرورة ملحة للتخفيف من آثار الحروب ومساعدة المتضررين على استئناف حياتهم، والتخفيف من مشاكلهم، وتتضمن هذه البرامج ما يلي[11]:

- الصحة النفسية.
- رعاية الأسرة والطفولة.
- تقويم الانحرافات السلوكية.
- تنمية الموارد البشرية.
- العلاج الطبي.
- حماية البيئة.
- تقوية تنظيم المجتمع. التأهيل المهني.
- الخدمات الترويحية.
- الضمان الاجتماعي.
- المساعدات المالية للمحتاجين.

وقبل توضيح فلسفة الرعاية الاجتماعية من خلال هذه البرامج، لابد أن نذكر أن الرعاية الاجتماعية هي مجرد آلية من آليات متعددة، وإن كانت تعمل جميعها في تناسق وتآزر، وفيما يلي توضيح للنقاط المذكورة:

1- الصحة النفسية:

الصحة النفسية هي قدرة الفرد على التوافق مع نفسه ومع المجتمع الذي يعيش فيه بما يؤدي إلى أن يتمتع هذا الفرد بحياة خالية من التأزم والاضطراب، فيكون الفرد راضيا عن نفسه، متقبلا لذاته وللآخرين، فلا يبدو منه ما يدل على عدم التوافق الذاتي أو الاجتماعي، ولا يسلك سلوكا شاذا، وإنما يكون سلوكه معقولا، ويدل على اتزانه الانفعالي والعاطفي والعقلي في ظل مختلف المجالات وتحت تأثير جميع الظروف، هذا المفهوم للصحة النفسية يؤمن بفاعلية الفرد وقدرته على التأثير بالاستجابات السلوكية المختلفة في مجال الحياة، وذلك في حدود الخصائص التي تتميز بها الطبيعة الإنسانية مع مراعاة المجتمع الذي يعيش فيه الفرد، والقيم والمعايير التي تنظم العلاقات المتبادلة بين الفرد وغيره من الأفراد، سواء كان ذلك على مستوى علاقة الآباء بالأبناء، أو على مستوى العلاقات الاجتماعية بين الراشدين[12] .

والصحة النفسية بهذا المعنى من ألزم ما يكون للمجتمع الذي خبر محنة الحرب، لأن الحرب تترك آثارها النفسية والاجتماعية والتربوية بما يجعل قطاعات كبيرة من المواطنين يحيون حياة متأزمة ومضطربة، فبعض الأسر تفقد أحد

أفرادها، ويكون هناك مصابون ومشوهون نتيجة العمليات العسكرية، وبعض الناس يخبرون التهجير القسري أو الاضطراري، ويواجه المجتمع صعوبات في المعيشة اليومية في ظل اقتصاد الحرب وتدهور المرافق والخدمات، ويقع الأفراد تحت طائلة الخوف والترقب .. إن مثل هذه الظروف التي تصاحب الحرب أو تنتج عنها، تختلف من حرب إلى أخرى، ولكنها في كل الأحوال ينتج عنها معاناة نفسية متفاوتة ومتنوعة لدى العديد من الأفراد في المجتمع، فمن هذه المعاناة : القلق، الفوبيا، الاكتئاب، التوتر، اضطرابات ضغوط ما بعد الصدمة، العدوانية، الأمراض السيكوسوماتية وغير ذلك من الاضطرابات النفسية التي تجعل الفرد غير متوافق ذاتيا أو اجتماعيا، من هنا فإن الرعاية الاجتماعية لمجتمع ما بعد الحرب، لابد أن تتضمن خدمات إرشادية وعلاجية نفسية بهدف تحقيق الصحة النفسية.

2- رعاية الأسرة والطفولة:

تمثل رعاية الأسرة والطفولة جانبا أساسيا من الرعاية الاجتماعية المتكاملة، وإذا كان هذا الجانب ضروريا للمجتمع سواء في ظروف الحرب أو في ظروف السلم، فإنه أشد ضرورة في ظروف الحرب وما يترتب عليها من آثار نفسية واجتماعية وتربوية تهدد الأسرة، وتعرقل التفاعل الإيجابي بين أفرادها، كما تعرقل دور الأسرة في التربية والتنشئة[13] وقد تجعل من الأسرة بيئة غير صحية لنمو الطفل إن ظروف الحرب تجعل بعض الأسر في مواجهة أزمة وضغوط مترتبة عليها، والأسرة في ذلك تعرف «بالأسرة المأزومة» لأنها واقعة تحت ضغوط غير عادية أدت إلى اضطراب نظام حياتها المعتاد، وذلك بطريقة متعسفة ومفاجئة واضطرارية وغير مرغوبة، إن الأسرة قد تفقد أحد أفرادها، وقد يصاب، كما قد يتعرض المسكن للقصف، وقد تضطر الأسرة إلى ترك المسكن، وتجد صعوبة في تدبير مستلزمات المعيشة اليومية، وعلى الرغم من أن الأسرة غالبا ما تستجيب للكارثة أو الأزمة بالتقارب بين أفرادها، بل ويعمل هؤلاء الأفراد على تحقيق تغيرات إيجابية لإثراء العلاقات بينهم إلا أنه في بعض الحالات تأتي الأزمة برد فعل معاكس فتضطرب العلاقات داخل الأسرة وتتحطم خطوط التواصل بين أفرادها، وقد تأتي الأزمة بالصراعات القديمة على السطح وتجعلها واضحة معلنة، كما أن الأسرة قد ينقصها الموارد لإدارة الأزمة وتجاوزها، ومن جهة

أخرى فإن الأسرة قد تتجاوز الأزمة، ولكن بعد انتهائها تصبح الأسرة في حالة من الإعياء والتوتر، وتظهر الصراعات من جديد، ولا يتمكن أفرادها من إعادة البناء، ويستمر وضع الأسرة على هذا الوضع المتوتر الذي نشأ بعد الأزمة والذي يتسم بالتدهور والتفكك والصراع، معنى ذلك أن الحرب تجعل بعض الأسر تعيش أزمة، بحيث لا تتمكن هذه الأسر من إعادة البناء الأسري على نحو صحي، وينعكس ذلك على الطفل بما يعرقل نموه النفسي، ومن هنا تكون رعاية الأسرة والطفولة وسيلة ضرورية لمواجهة هذا المأزق، وتتضمن هذه الرعاية تقديم الخدمات النفسية والاجتماعية الهادفة إلى تمكين الأسرة من إعادة التنظيم والبناء بما تصبح معه قادرة على التماسك والتعايش المتكيف سواء على مستوى العلاقات الداخلية أو الخارجية، بحيث يجد فيها الأطفال بيئة اجتماعية مناسبة لإشباع حاجاتهم، وتتضمن رعاية الأسرة والطفولة تقديم الخدمات الطبية، والمساعدات المالية والغذائية .. الخ وذلك حسب إمكانات برنامج الرعاية.

3- تقويم الانحرافات السلوكية:

يمثل ضبط السلوك واحدا من أهم ممارسات الخدمة الاجتماعية باعتباره إحدى وسائل الرعاية، وضبط السلوك هو القوة التي بإمكان الأخصائي أن يؤثر من خلالها في التغيرات التي تحدث في سلوك الشخص صاحب المشكلة وهو - أي ضبط السلوك - يهدف إلى التطور المقصود للتأثير، والنفوذ المطلوب لإحداث تغييرات في الطريقة التي يتعامل بها العملاء مع المشاكل، ويستخدم الأخصائي الوسائل المباشرة لضبط السلوك في شكل توجيه وقيادة وتفسير وتقديم للمعلومات ، كما يستخدم وسائل غير مباشرة بواسطة الرموز التي توصل المكافأة والتعزيز، بهذا يمكن المساعدة في تحقيق الانضباط الاجتماعي بصفته الآلية الاجتماعية التي تجبر الأفراد على أن يحافظوا على قواعد المجتمع، أو الجزء الخاص بهم من المجتمع، والانضباط الاجتماعي يشير بصفة أساسية إلى أسلوب النظام والاستقرار في المجتمع ويتضمن الشروط التي يمكن أن تسهل التغير الاجتماعي أو تؤثر فيه[14] وإذا كان السلوك المنحرف هو السلوك الذي ينتهك حرمة القواعد السلوكية المعيارية، فإن هذا السلوك تزداد احتمالات حدوثه في الفترات التي تعقب الحروب، قد يكون ذلك بسبب الاضطرابات النفسية التي يعاني منها

بعض الناس، وقد يكون بسبب تردي الوضع الاقتصادي، أو الفوضى التنظيمية وهذا ما عبر عنه (دوركايم) من أن السلوك المنحرف تكمن ظروفه في البنية الاجتماعية، فهذه البنية تتأثر بالحرب، ليس فقط من حيث المكونات المادية أو الفيزيقية، ولكن أيضا من حيث العدوانية تجاه الذات أو تجاه الآخرين، كالجرائم بأشكالها المختلفة، جنوح الأحداث مخالفات المرور .. الخ، وتنعكس هذه المظاهر في صورة خسائر على الأفراد والجماعات والمؤسسات وبالتالي على المجتمع بوجه عام، من هنا يأتي تقويم الانحرافات السلوكية - أحد مجالات الرعاية الاجتماعية - ضرورة في المجتمع الذي خبر الحرب، ويتم ذلك من خلال الخدمة الاجتماعية، وإن كان ذلك ليس بمعزل عن النشاطات الأخرى كتحسين مستوى المعيشة، أو الإجراءات العقابية، أو الخدمات النفسية .. الخ .

4- تنمية الموارد البشرية:

الموارد البشرية تشمل المهارات والمعرفة والقدرات التي يمتلكها الشعب بجميع أفراده، صغيرهم وكبيرهم، رجالهم ونسائهم، فمفهوم الموارد البشرية لا يقتصر على من هم في سن العمل بمعنى القادرين على المشاركة الفعلية، وإنما يشمل أيضا الإمكانات المتوقعة والمحتملة، فالأطفال دون العاشرة مثلا، إنما يشكلون موردا بشريا سوف يشارك في سوق العمل بعد فترة معينة، والفتيات اللاتي يشاركن فعلا في العمل في سن معينة توجد نسبة منهم تترك العمل بعد الزواج لفترة معينة ثم تعود إليه ثانية، كما قد تفضل البقاء في المنزل .. والموارد البشرية لا تشمل فقط الجانب الكمي وإنما أيضا الخصائص القدراتية التي يمكنهم الإسهام بها في الرعاية والتنمية الاجتماعية، هذا عن الموارد البشرية، أما تنمية هذه الموارد فتعني زيادة المعارف والقدرات والمهارات لدى جميع المواطنين في المجتمع، ويعبر عن ذلك اقتصاديا - على اعتبار أن البشر ثروة - بتجميع رأس المال البشري واستثماره بصورة فعالة في التطوير الاقتصادي، والهدف الاجتماعي لذلك هو تمكين المواطنين من حياة أكثر رفاهية من خلال الارتفاع بالمستوى الثقافي العام .

هذه الفكرة تزداد أهميتها لمتضرري الحرب، وتنحوا برامج الرعاية الاجتماعية - من خلال تنمية الموارد البشرية - إلى التخفيف من وطأة الأضرار التي لحقت بهؤلاء وذلك كمرحلة أولى، فإذا تمكنت من

نلك، تنتقل بجهود الرعاية الاجتماعية إلى المرحلة الثانية، وهي تدعيم النجاحات التي تمت والإنجازات التي تحققت، والعمل على سد الثغرات أو المسالك التي يمكن أو يحتمل أن تؤدي إلى التقهقر، إن برنامج لتنمية الموارد البشرية قد يتمكن من تحقيق هدف محدد ممثلا في «تشغيل جميع من هم في سن العمل» والبعض من هؤلاء لم يكن يعمل في وظائف معينة قبل الحرب كالنساء اللاتي كن متفرغات للعمل في المنزل، لكن مع تغير الظروف نتيجة للحرب، أصبحن في حاجة ماسة إلى العمل لضرورة اقتصادية واجتماعية ملحة، كما أن بعض النين في سن العمل، قد فقد مصدر دخله أو تجارته بسبب ظروف الحرب، وها هو أصبح دون دخل - فإذا تمكن برنامج تنمية الموارد البشرية من توفير فرص عمل لهؤلاء يكون نلك معيارا لنجاح المرحلة الأولى من البرنامج، وإذا تمكن البرنامج من تحقيق «استمرارية» هؤلاء في وظائفهم والحيلولة دون فقدان هذه الوظائف، فإن نلك هو المعيار لنجاح المرحلة الثانية، وإذا تمكن البرنامج من تحقيق الأجر المجزي، وظروف العمل المواتية بما يفضي إلى رفع مستوى المعيشة والإسهام في تنمية الدخل القومي، فإن نلك معيار مؤكد لنجاح البرنامج بكامله.

المنطق نفسه ينطبق على جميع برامج تنمية الموارد البشرية، إذ إن مجال العمل ما هو إلا مجرد مجال واحد، لأن مثل هذه التنمية تتضمن برامج متعددة متنوعة وفق ظروف المجتمعات التي خبرت الحروب، سواء من المنظور السياسي أو الاقتصادي أو الاجتماعي.

5- العلاج الطبي:

وهو أحد برامج الرعاية الاجتماعية اللازمة بشكل أساسي لمتضرري الحرب، ومن الخطأ الاعتقاد بأن نلك ينصب على هؤلاء الذين أصيبوا جراء العمليات العسكرية أو غيرها من الممارسات اللاإنسانية في الحروب، إن العلاج -بجانب نلك- يشمل جميع الأفراد والجماعات في المجتمع، بحيث تتاح لهم فرصة العلاج المناسب من الأمراض والإصابات أيا كانت أسبابها وظروفها، إن الحرب قد ينتج عنها معاناة نفسية، ينتج عنها أمراض عضوية (سيكوسوماتية) وقد ينتج عنها تدهور في المرافق الحيوية والخدمات والمتطلبات التي تشكل أساس الوجود الحياتي الأفضل للفرد والمجتمع، وقد ينتج عنها تلوثات كيميائية أو عضوية في المأكل والهواء والبيئة عموما .. نتيجة كل نلك

تزداد احتمالات كثرة الأمراض والأوبئة والمعاناة الجسدية بأشكالها المختلفة في المجتمع، وإذا كان العلاج الطبي ضروريا للإنسان في جميع الظروف، فإنه أشد ضرورة في ظروف الحرب وما بعدها، إنه من أهم العناصر الحيوية اللازمة للحفاظ على الإنسان للتخفيف من خسائر الحرب، فهو يؤثر في طاقة العمل والكفاية الإنتاجية في الحاضر والمستقبل، فالفرد تتردى صلاحيته البدنية والعقلية، وبالتالي تنخفض إنتاجيته إذا لم يجد العلاج الطبي المناسب، والرعاية الطبية لأطفال ما قبل المدرسة من مستلزمات الحفاظ على حياتهم واستفادتهم من مرحلة التعليم المبكرة في البيت وإعدادهم للتعليم، كما أن توافر الرعاية الطبية للأسرة والأم والأب والأبناء يجعل الأسرة خلية قوية في بناء المجتمع وقوته، بل إنها - أي الرعاية الطبية - من أهم العوامل التي تساعد الأسرة على التوافق والتكيف مع الظروف الجديدة التي خلفتها الحرب، لأن الأسرة في مجتمع ما بعد الحرب، قد تخبر بعض أشكال الاضطراب في التفاعل الاجتماعي، وكذلك الضغوط والتوترات بما ينعكس بصورة شديدة الخطر على وظائفها في الإنجاب والتربية والتنشئة، فإذا كان أحد أو بعض أفراد الأسرة يعاني من الأمراض الجسدية مع عدم توافر العلاج الطبي، ففي هذه الحالة تواجه الأسرة أزمة مركبة تعرقل قدرتها على التكيف مع الضغوط الناجمة عن مأساة الحرب.

6- حماية البيئة:

منذ بدايات القرن العشرين وحتى الآن يشهد العالم نموا وازدهارا في التقدم الصناعي بمختلف مظاهره، ومع الانفجار السكاني بدأت العديد من دول العالم بإجراءات منظمة وعشوائية في إزالة الغابات الطبيعية لزيادة مساحة البقعة الزراعية، الأمر الذي أدى إلى زيادة التصحر وتعرية التربة، وخسارة ملايين الأشجار والنباتات التي تمتص غاز ثاني أكسيد الكربون وتخرج الأكسجين، ومنذ النصف الثاني من القرن العشرين ظهرت مخاطر التلوث النووي، والتسرب الإشعاعي، كما أدى وجود المفاعلات النووية إلى التلوث الحراري نتيجة الفارق في درجة حرارة المياه بين منطقة وأخرى، حيث إن المفاعلات النووية تحتاج إلى كميات كبيرة من المياه لأغراض التبريد، ومع استخدام المياه تصبح مرتفعة في درجة الحرارة، وبالتالي فإن إعادة ضخها إلى المجاري المائية، ترتفع

درجة حرارة المياه عن الحد الطبيعي بما يؤثر تأثيرا شديدا في الكائنات البحرية، ويرتبط بالتلوث النووي تلك المخلّفات أو النفايات النووية التي تدفن تحت سطح الأرض، فأثرت في درجة حرارة الأرض وأثرت في المياه الجوفية. من جهة أخرى فإن النشاط الصناعي والزراعي المتزايدين نتج عنه تلوث كيميائي، فالمنشآت الصناعية تخرج كميات ضخمة من الغازات والأبخرة، وتلوث المجاري المائية، وتستهلك قدرا كبيرا من الأكسجين الذائب في مياهها، كما أن استخدام المنظفات والمبيدات الحشرية بكثرة، أدى إلى انتشار الملوثات في التربية والنبات والمياه والهواء، هذه الملوثات جميعها يمكن أن تنتج عن الحروب الحديثة.

فالحروب وما يرتبط بها من نشاط عسكري تكون ذات أخطار مدمرة على الإنسان والبيئة، وقد أسهم النشاط العسكري والحروب التي تفجرت بمناطق عديدة من العالم في تدمير البيئة، وقد تجسدت مأساة البيئة في أبشع معانيها أثناء العدوان العراقي على دولة الكويت أغسطس 1990 / فبراير 1991، فقد حدث تسرب هائل للنفط في مياه الخليج جراء القصف العراقي لمنشآت تخزين وتكرير النفط في السعودية والكويت، كما فتحت القوات العراقية صنابير النفط الخام على الجزيرة الصناعية لضخ النفط في ميناء الأحمدي، وقامت تلك القوات بإفراغ سفن ضخمة محملة بالنفط في مياه الخليج، ومع نشوب الحرب الجوية في يناير 1991، أضرمت القوات العراقية النار في المنشآت النفطية، وقامت بتفجير آبار النفط، وقد أدت هذه الكارثة إلى حرائق هائلة نتج عنها خسائر جسيمة، وكميات وملوثات للهواء من غازات وأبخرة كيميائية ضارة للإنسان والنبات والحيوان والأرض، وبالاعتماد على القياسات الدولية، تبين أن ما يتراوح بين مليون إلى مليون ونصف طن من ثاني أكسيد الكربون تتصاعد يوميا من الحرائق التي أشعلها العراقيون في آبار نفط الكويت، وقد امتدت الغازات والأدخنة المتصاعدة إلى الدول المجاورة لمسافة خمسمائة متر[15] ومن مظاهر الإضرار بالبيئة، وما يشكله ذلك من خطر على الأحياء بسبب العدوان العراقي على الكويت، تلوث مياه الشرب، والأضرار البيئية لشبكة المجاري، وتعطل شبكات المراقبة البيئية، وقد اكتشف الخبراء ارتفاع نسبة البكتريا على الشواطيء الكويتية بسبب التدمير الذي أصاب شبكة المجاري، وتفكك التربة وحدوث هشاشة بها بما يضر بالحياة البرية والنباتية، كما

أن مخلفات الحرب، والمواد الكيميائية التي استخدمت لإطفاء الآبار، وكذلك النفط الخام الذي انتشر على التربة، كلها عوامل مدمرة للتربة، وقد لاحظ الكويتيون الذين كانوا بالكويت أثناء الاحتلال انتشار الروائح الكريهة بدرجة متزايدة نتيجة لتراكم القمامة في الشوارع وأمام البيوت، وانتشرت الحشرات التي لم تكن مألوفة من قبل، أما أشجار النخيل العربية التي كانت تزين السواحل والشوارع فقد تم قطعها وإزالتها أو ذبلت وماتت نتيجة الإهمال والعطش، وتحولت المشاتل والبيوت المحمية إلى معتقلات ومراكز للتعذيب، أما المزارع التي كانت زاخرة بالحيوان والنبات، فقد تحولت إلى أماكن خربة لجيف الحيوانات الميتة والحشرات الضارة، من كل ذلك ندرك مدى أهمية برامج حماية البيئة ضرورة لمواجهة المخاطر القاتلة التي نتجت عن الحروب، سواء على البيئة أو على الإنسان، وإنها مخاطر صحية (تهدد صحة الإنسان)، ومخاطر اقتصادية (تهدد الموارد اللازمة للحياة وجودة الحياة) وبرامج الرعاية الاجتماعية الهادفة إلى حماية البيئة تعمل بالتعاون مع أجهزة الدولة، وتقوم بتوعية الناس وتوضيح دورهم لتقليل المخاطر والحفاظ على البيئة، وهذه البرامج تحتاج إلى إمكانات وفترات زمنية طويلة نسبيا حتى تحقق أهدافها.

7- تنظيم المجتمع:

وهو يتمثل في الاهتمام بالنواحي الإدارية والتنظيمية لبرامج الرعاية الاجتماعية، بما في ذلك قيام مؤسسات جديدة، أو التطوير البنيوي لمؤسسات قائمة وتفعيل التكامل والتنسيق بينها، وإعداد كادر الطاقات البشرية إعدادا جيدا لإدارة تلك المؤسسات لتحقيق الأهداف المنشودة بكفاءة وبما يناسب فلسفة الرعاية الاجتماعية والتعامل مع المشكلات القائمة بأسلوب ملائم وبرؤية أكثر وضوحا على المستوى الوقائي والعلاجي بما يقابل احتياجات الفرد والمجتمع، وبصفة عامة فإن تنظيم المجتمع باعتباره أحد أنساق الرعاية الاجتماعية يهدف إلى[16]:

- زيادة معدل الأداء وفاعلية المؤسسات الاجتماعية في المجتمع عن طريق توفير خدمات الرعاية الكافية للعملاء، وذلك عن طريق إعادة صياغة برامج العمل الخاصة بها، وهذا يعتبر من الجوانب التنظيمية التي تنصب على بناء المنظمة الإداري الداخلي لإحداث التنسيق بين وحداته، وفي الوقت نفسه إحداث

التنسيق الخارجي بين المنظمات الخاصة بالرعاية الاجتماعية في المجتمع.

- إدخال التعديلات التي تزيد من تأثير نسق الرعاية الاجتماعية في المجتمع، وذلك عن طريق إضافة خدمات جديدة، أو منع الازدواج بين المنظمات القائمة أو تحقيق التنسيق الرأسي والأفقي بين مكونات هذا النسق، ويمكن أن يتحقق ذلك من خلال استحداث نمط جديد من التنسيق بين المنظمات أو تنسيق العمل بين العاملين داخل المنظمة نفسها، وتبادل الخبرة بين المنظمات على أساس ثابت من تبادل المنفعة، وتحديد مستوى مقبول من الأداء المهني (مستوى من القيم والأخلاقيات بالإضافة إلى مستوى تكتيك الممارسة) وذلك لكي تحقق كل منظمة أهدافها من خلال برامج عمل مناسبة للمجتمع والمهنة في الوقت نفسه.

- ضمان وصول المساعدات أو الرعاية إلى مستحقيها، وذلك ضمان توفر قدر من المرونة في توفير برامج المساعدات تسمح للممارس بمقابلة مشكلات المجتمع، على أساس أن النزعات الطبقية في المجتمع قد تجعل فئة تستفيد أكثر من غيرها، وعلى أساس أن من ينتمي إلى الطبقة المتوسطة في أي مجتمع هو المستفيد الأول من برامج الرعاية، على حين أن من ينتمي إلى الطبقات الدنيا ربما يكون نتيجة لجمود القوانين أقل استفادة من برامج المؤسسات الاجتماعية وخدماتها.

- توجيه جميع الموارد المتاحة من خلال نسق الرعاية الاجتماعية لمقابلة نسق المساعدة الذاتية وتدعيمها في المجتمع، وهذا يعني أن هدف طريقة تنظيم المجتمع هو تدعيم نسق المساعدة الذاتية من خلال الاستخدام الأمثل للموارد المتاحة، أي أن الممارسة في طريقة تنظيم المجتمع في اعتبارها أن دور المنظمات القائمة على توفير الرعاية لابد أن يكون محددا بتقديم المساعدة لجماعات المجتمع، وذلك وسيلة لهدف أبعد من ذلك ألا وهو دعم قدراتهم على مواجهة الحياة بأنفسهم.

- التخطيط من أجل إيجاد برامج جديدة للرعاية الاجتماعية التي تقابل الاحتياجات المتجددة للمجتمع، وهذه البرامج تضمن الحفاظ على مستوى الاستقرار لمنظمات الرعاية الاجتماعية وارتباطهما بتجدد حاجات المجتمع.

- إجراء التعديلات في برامج وسياساتها الرعاية الاجتماعية حسب المتطلبات والظروف، قد تتمثل هذه التعديلات في

خلق سياسات جديدة، أو تعديل سياسات قائمة، أو وضع معايير لقياس كفاءة الأداء، أو إضافة برامج وأنشطة جديدة أو تطوير تشريعات وقوانين معينة تقتضيها مصلحة المجتمع .. الخ.

وهكذا، فإن طريقة تنظيم المجتمع إنما هي جهود بناءة لبرامج الرعاية الاجتماعية وأنشطتها، وهي تعبر عن التوظيف والتطوير للموارد التنظيمية واستراتيجيات العمل وأدوار المنظم الاجتماعي وأساليب تحقيق الأهداف وتوفير الموارد.

8- التأهيل المهني:

التأهيل المهني في معناه العام يعني إعداد الفرد مهاريا ومعرفيا لمزاولة مهنة معينة، وقد يتطلب ذلك نوعا من التهيئة النفسية اللازمة لقبول المهنة والإجادة فيها، والتأهيل المهني بهذا المعنى من أهم برامج الرعاية الاجتماعية التي تحتاج إليها بعض المجتمعات عقب الحروب، وذلك أن الحروب ينتج عنها كثير من حالات فقدان فرص العمل لدى أعداد كبيرة من المواطنين، كما قد ينتج عنها اللجوء والهجرة الاضطرارية من مناطق معينة إلى أخرى، وينتج عن الحروب أيضا معاناة نفسية تتخذ أشكالا مختلفة، في كل ذلك تأتي برامج التأهيل المهني ليس فقط ضرورة اقتصادية للفرد والأسرة وإنما أيضا لإتاحة فرصة المشاركة للمتضررين، بمعنى مشاركتهم في العمل والإنتاج، وإدماجهم في الحياة الاجتماعية، فيكون في ذلك إنقاذ لهم من الضياع والتمزق، وتحويلهم إلى أعضاء منتجين بما ينعكس عليهم وعلى أسرهم بالنفع والفائدة. والتأهيل المهني - أحد برامج الرعاية الاجتماعية - لا يقتصر على ضحايا الحرب، وإنما يشمل فئات أخرى من المجتمع نتيجة الظروف الجديدة التي أسفرت عن الحرب، ولتوضيح هذه الفكرة، فإن ظروف الحرب كثيرا ما تتطلب انتقال الموارد الإنتاجية وتحولها من صناعة إلى أخرى، ويتم ذلك تحت إشراف الدولة في إطار سعيها لتعبئة الموارد حتى تكسب الحرب، ويصاحب ذلك تحويل الأيدي العاملة من صناعات السلم إلى صناعات الحرب، وعندما تنتهي الحرب، سواء بالنصر أو الهزيمة يكون على الدولة إعادة التخطيط بما في ذلك إعادة تحويل الأيدي العاملة من صناعات الحرب إلى صناعات السلم، وهذه العملية تتطلب برامج مكثفة من التأهيل لتدارك الآثار الاقتصادية والاجتماعية للحرب، والوصول إلى

الاستقرار للوضع الاقتصادي بما يناسب إمكانات الدولة، أضف إلى ذلك أن الأيدي العاملة مورد إنساني يتطلب نوعا من الحماية والرعاية، وله نزعات ودوافع وأهداف خاصة تحكم سلوكه الاقتصادي وسلوكه الإنساني بوجه عام[17]، ويأتي التأهيل المهني بصفته عاملا مساعدا يساعد الجهات أو المؤسسات المعنية على ضبط السلوك، وتوجيه الطاقات البشرية بما يتفق وصالح الفرد والمجتمع.

9- الخدمات الترويحية:

من فلسفة الرعاية الاجتماعية أن الفرد يجب أن يعيش متحررا من الآلام، وأن تتاح له أسباب السعادة قدر الإمكان، فالفرد ليس مسؤولا عن كل ما يقع له من محن، وينطبق ذلك بوجه خاص على المآسي التي يخبرها معظم الناس نتيجة الحرب فالمتاعب والآلام التي تسببها ظروف الحرب، لا تمثل عقابا يقع على الفرد، لقد نزل به عذاب لم يكن يستحقه، ولم تقع له المآسي عن جهل أو إهمال منه (فالأسرة التي فقدت عائلها في الحرب، لم يكن مثل عقاب، أو جهل أو إهمال .. الخ) إن المعاناة التي نتجت عن الحرب إنما هي لأسباب خارجة عن إرادة الناس (إذا استثنينا الذين أصدروا الأمر بالحرب) من جهة أخرى فإن الخدمة الاجتماعية ترى أن هناك احتياجات عامة للجنس البشري، ويجب العمل على مساعدة مستحقي الخدمة على إشباع حاجاتهم قدر الإمكان، من هنا فإن الخدمات الترويحية تأتي جزءا أساسيا من الرعاية الاجتماعية المتكاملة للمجتمع الذي مر بمحنة الحرب، فإذا كانت آثار الحرب -بحد ذاتها- يتعين مساعدة المتضررين على تجاوزها، فإن الخدمات الترويحية من متطلبات هذه المساعدة من جهة، وإدخال نوع من السرور أو الرضا على نفوس هؤلاء المتضررين من جهة ثانية، هذا بالإضافة إلى أن البشر عموما -مرضى أو أسوياء- في حاجة إلى الترفيه عن النفس، ولا شك أن هذه الحاجة تكون أكثر إلحاحا بالنسبة إلى هؤلاء الذين يعانون من مشكلات نفسية أيا كانت أسبابها ومسبباتها، وتتنوع الخدمات الترويحية التي تتضمنها برامج الرعاية الاجتماعية، كالارتحال والتخييم والمعسكرات الجماعية، والألعاب الرياضية، والمسابقات، والهوايات، والزيارات للأماكن الترفيهية والأثرية .. الخ، كل هذه الأشكال الترفيهية ضرورة من ضرورات الحياة لتجديد النشاط وتحقيق التوازن النفسي، كما أنها تتيح الاسترخاء الذهني وتخفف الضغط

العصبي بما يساعد الفرد على التكيف والتغلب على ما به من ضغوط وصراعات.

10- الضمان الاجتماعي:

لقد جاء الضمان الاجتماعي بعد الثورة الصناعية في المجتمعات الأوربية التي شهدت تلك الثورة، وإن كانت له تطبيقات قبل ذلك بكثير، وكانت تحت مسميات مختلفة، والضمان الاجتماعي هو نظام سريع التطور، كما أنه نظام مركب يضم عددا من صور الرعاية المختلفة، وتنظمه مجموعة كبيرة من التشريعات بحيث تغطي المخاطر الاجتماعية وتعتبر مثل إدارة للأمن والطمأنينة، وإذا كان الضمان الاجتماعي يوجد بصورة أو بأخرى في جميع دول العالم تلبية لضرورات إنسانية ملحة، فإنه يصبح أشد ضرورة في المجتمعات التي تمر بتجربة الحرب وما تخلفه من مآسٍ وما ينتج عنها من مخاطر على الإنسان، إن ظروف المجتمع بعد الحرب تقل معها قدرة الأفراد على تلبية حاجاتهم اعتمادا على أنفسهم، كما يزداد ضغط مطالبهم، ويزداد عدد الضحايا المعوقين والمصابين، وقد ينتج عن الحرب تغيير في التركيبة الاجتماعية نتيجة الهجرة الاضطرارية أو نتيجة زيادة عدد القتلى، وحينئذ يتعين إعادة تخطيط الضمان الاجتماعي في ضوء الخصائص السكانية في المجتمع وسمات الهرم السكاني والخدمات المتاحة، وهذه كلها عوامل لصيقة الصلة بنظام الرعاية الاجتماعية، ولما كان ضحايا الحرب من القتلى والجرحى تكون أكثريتهم في سن العمل المنتج، فإن ذلك يترتب عليه زيادة أعباء الضمان الاجتماعي، لأن انخفاض عدد الذين في تلك السن، يعني زيادة عدد الأطفال والشيوخ فيزداد بالتالي حجم القطاع المستهلك للخدمة (الضمان الاجتماعي)، كما أن الحرب قد ينتج عنها تأثيرات على الصحة العامة للمواطنين، وهذا بدوره يزيد من أعباء الضمان الاجتماعي، وفضلا عن ذلك فإن إعادة التأهيل المهني للعاجزين والمتعطلين نتيجة لظروف الحرب، من شأنه أن يؤدي إلى زيادة القطاع المنتج وخفض القطاع المستهلك للضمان، وبالتالي تقل الأعباء المفروضة على نظام الضمان الاجتماعي، ومن هنا نتبين أهمية تكامل برامج الرعاية الاجتماعية في المجتمعات التي مرت بمحنة الحرب وعانت من ويلاتها.

11. المساعدات المالية للمحتاجين:

وهذه المساعدات تخرج عن نطاق

الضمان الاجتماعي، كما تخرج عن نطاق ما قد يكون الفرد يتحصل عليه من راتب أو نحوه من مصادر الدخل، فالأسرة قد تحصل على مبلغ مالي عن طريق الضمان الاجتماعي، أو من الوظيفة التي يمارسها القائم على إعالة الأسرة .. لكن ذلك لا يكفي لمواجهة متطلبات المعيشة، وقد تواجه الأسرة ظروفا طارئة تتطلب نفقات لا تتحملها الميزانية المعتادة، لهذا كله تتضمن الرعاية الاجتماعية برنامج مساعدات مالية للمحتاجين، وعادة ما تكون هذه المساعدات ذات صفة موسمية، كما قد تستمر لفترة من الزمن حتى تتغير ظروف الأسرة، كأن يكبر الأبناء ويصبحوا قادرين على إعالة أنفسهم، أو عندما تجتاز الأسرة الأزمة التي تمر بها أو عندما تتغير ظروف المحتاج، هذه المساعدة إنما تجسد فلسفة الخدمة الاجتماعية -أحد برامج الرعاية- من الإيمان المطلق بكرامة الإنسان عن طريق مساعدته نتيجة أنه بمفرده غير قادر على إشباع حاجاته، ومن ثم وجوب تضافر جهود المجتمع للعمل على تحقيق الصالح العام، وذلك بتحقيق التزامات المجتمع تجاه أفراده عندما يكونون غير قادرين - لظروف قهرية- على إشباع حاجاتهم بأنفسهم[18] .

بعض تطبيقات الرعاية الاجتماعية للكويتيين المتضررين من آثار حرب (العدوان العراقي)

كان العدوان العراقي على الكويت في الثاني من أغسطس 1990، كحرب شاملة طالت أضرارها ومآسيها عموم المواطنين، لقد خلف العدوان العراقي دمارا في البنى التحتية كما خلف دمارا بيئيا مازال يستقطب الاهتمام الدولي حتى الآن، كما أن العدوان العراقي كان «صدمة عامة» و«أزمة شاملة» أحدثت تغييرا مفاجئا وعنيفا واضطراريا على أسلوب الحياة المألوفة للمواطنين، وخلف العدوان العراقي وراءه مئات الأسرى والشهداء والمصابين والمعوقين، ونتج عن كل ذلك - بجانب ما صاحب العدوان العراقي من أحداث صدمية - اضطرابات نفسية واجتماعية وتربوية متنوعة لدى قطاعات كبيرة من المواطنين في مختلف الأعمار، ولم تزل هذه الاضطرابات يتم الكشف عن تفاقمها لدى بعضهم حتى الآن، فبعد الحرب مثلا، أجريت دراسات متعددة على مختلف قطاعات المجتمع، وتبين منها مدى فداحة الآثار التي خلفها العدوان العراقي على الطفل الكويتي وتنوعها، وكذلك على الشباب والراشدين والأسرة

وبالتالي على المجتمع كله، فبالنسبة إلى الطفل الكويتي جاءت آثار العدوان العراقي شديدة ومتنوعة مثل[19]:

- المخاوف المرضية.
- السلوك العدواني.
- زيادة المعاناة من صعوبة التكيف مع الآخرين.
- الانصراف عن الألعاب التربوية والميل إلى الألعاب ذات الطابع العسكري.
- الاستغراق في قصص وهمية عن جرائم السلب والنهب والشعور بالضيق والملل واهتزاز بعض القيم والثوابت الاجتماعية بجانب المعاناة النفسية.
- التفوه بألفاظ غير لائقة داخل المدرسة.
- الإهمال في الدراسة وعدم الرغبة في التعلم.
- الكذب وتوجيه اللوم للآخرين.
- كثرة المشاجرات بين التلاميذ في المدرسة.
- الشرود المستمر أثناء الدرس وعدم الانتباه لشرح المدرس.
- عدم الجدية في الأعمال.
- كثرة الحركة في الفصل دون داع.
- تدمير الممتلكات المدرسية.
- إلقاء اللوم واتهام المدرسين بالتقصير عند الحصول على درجات متدنية.
- إدعاء المرض وكثرة الإجازات المرضية.
- الغياب المستمر بدون أسباب مقنعة.
- عدم تحمل المسئولية.
- الخوف وعدم الاطمئنان على المستقبل.
- تدني المستوى التعليمي للطلاب.
- الإهمال وعدم أداء الواجبات المدرسية.
- الغش في الامتحانات.

كما أن صدمة العدوان العراقي كان لها تأثير شديد على الشباب الكويتي، لقد استهدف ذلك العدوان تدمير الشباب جسديا ونفسيا، وقد بينت دراسات وزارة التربية (1991) و (1992) أن الشباب الكويتيين زادت لديهم حالات الاضطراب النفسي والخوف من المجهول، والسلوك العدواني، كما اهتزت لديهم بعض القيم والثوابت الاجتماعية، كما زادت مظاهر الخروج على النظام المدرسي وإهمال الذات، والتدخين والميل إلى العزلة والاندفاعية والتهور في السلوك، كما نتج عن صدمة العدوان العراقي مشكلات معرفية لدى الشباب الكويتيين مثل تراجع القدرة على التركيز، وضعف الاستيعاب، وتشوش الفكر، وزيادة النسيان، وضعف القدرة على التفكير المنظم[20].

وعلى مستوى الأسرة الكويتية، فإن صدمة العدوان العراقي قد أصابت النسق الأسري الكويتي، فهزت أركانه وأحدثت شرخا في بنيانه ونسقه القيمي، وقد

أظهرت الدراسات العديدة هذه المظاهر بشكل أكثر وضوحا (مكتب الإنماء الاجتماعي: 1994) حيث تبين أن ما يزيد عن نصف أرباب الأسر يعاني من الهم والحزن والقلق والتوتر، وتشيع المعاناة من الشعور بعدم الأمن بين النساء، أما الشباب والأطفال فإنهم أكثر معاناة من اضطرابات النوم، والخوف من المستقبل، وتشوش الأفكار، وانخفاض القدرة على التركيز الذهني، كما أن الآثار التي خلفها العدوان العراقي أدت إلى إحداث فجوة وانقسام في الروابط والتفاعلات بالأسر الكويتية، وتفيد الدراسات نفسها (مكتب الإنماء الاجتماعي: 1994) بوجود اضطرابات في البناء والتفاعل داخل الأسرة الكويتية ومن مظاهر ذلك:[21]

- التوتر في العلاقات الأسرية سواء بين الزوجات والأزواج، أو بين الأبناء بعضهم ببعض أو بين الأبناء والآباء والأمهات.
- ضعف أو تراخي الروابط بين أفراد الأسرة.
- ضعف أو تضاؤل الدور التربوي للأسرة.
- ضعف السلطة الوالدية داخل الأسرة.
- انتشار نزعات التمرد على الأسرة بين الأطفال والمراهقين.
- ارتفاع حالات الطلاق بالمقارنة بين ما قبل العدوان وبعده.

وعلى مستوى المجتمع الكويتي بوجه عام، استهدف العدوان العراقي تدمير الذات الكويتية بكل ما تحمله من ثقافة وهوية عربية / إسلامية / إنسانية، لأن القائم به جار وشقيق في الإسلام والعروبة ويرتبط بالكويت في علاقات تواصلية واجتماعية متبادلة وتفاعلية، وقد أجريت دراسات في المجتمع الكويتي على مختلف الشرائح الاجتماعية (مكتب الإنماء الاجتماعي : 1994) تبين منها أن ثلاثة أرباع من شملتهم بعض البحوث يشعرون بعدم الأمن، بجانب ما يتراوح بين (9%)، (66%) يعانون من مشكلات نفسية وسلوكية متنوعة يأتي في مقدمتها العدوانية والاكتئاب والعصبية الزائدة والقلق حيث نتج عنها آثار لم تكن موجودة، يأتي في مقدمتها[22]:

- زاد عدد جرائم النفس بنسبة 12% من عام 1989 إلى عام 1992.
- امتلأ سجل جنايات جنح الإضرار بالمصلحة العامة بـ 437 جناية وجنحة عام 1992 في حين كان يخلو من أي جناية أو جنحة عام 1989
- ارتفاع نسبة الجرائم المقيدة ضد مجهول من 26,1% عام 1989 إلى 38% عام 1992.
- تزايد عدد مرتكبي الجنح من 2961

شخصا من المواطنين عام 1989 إلى 4004 شخصا عام 1992.

- ارتفاع حوادث المرور وما ينتج عنها من إصابات ووفيات، وتوضح إحصائيات وزارة الداخلية أن عدد حوادث المرور يرتفع في المحافظات الكويتية الخمس دون استثناء ففي يناير سنة 1992 كان عدد حوادث المرور 884 حادث ارتفع في ديسمبر من نفس العام إلى 4153 حادث.

لهذا فإن العدوان العراقي كان كأزمة شديدة طالت آثارها العديد من المواطنين في مختلف الشرائح الاجتماعية، الأمر الذي يتطلب وجود برامج مكتملة للرعاية الاجتماعية.

ولقد بدأت دولة الكويت بالتعامل مع آثار العدوان العراقي منذ الأيام الأولى من التحرير في فبراير 1991، وخلال الشهور الأولى انصب التركيز على إصلاح البنى التحتية وإجراءات إنقاذ البيئة من الدمار والتخريب، ثم انطلق العمل في مسارات متوازية تشمل إعادة تنظيم المجتمع بعد الفوضى التي عمت أثناء فترة الاحتلال وحرب التحرير، حيث أخذت المؤسسات في إعادة ترتيب مكوناتها ومقوماتها، كما قامت مؤسسات جديدة اقتضتها متطلبات الإصلاح ومواجهة آثار العدوان العراقي، وفي تلك الأثناء أيضا قامت الدولة بإعفاء المواطنين من جزء كبير من القروض التي كان عليهم سدادها، وصرفت تعويضات ومساعدات نقدية وعينية ليتمكن المواطنون من سد احتياجاتهم، وصاحب ذلك إجراءات تنظيمية للموارد البشرية بما في ذلك تنظيم استقدام العمالة الوافدة، واستثمار العمالة الوطنية في مواقع العمل المختلفة، وتقوية المؤسسات الأمنية، وإعادة رسم السياسة الاقتصادية والاجتماعية للدولة، بما في ذلك تدعيم نظام الضمان الاجتماعي، وإصلاح النظام التربوي .. الخ، وصاحب ذلك أيضا جهود مكثفة من جانب الدولة بشأن الشهداء والأسرى والمصابين، والمفقودين، والمتضررين نفسيا واجتماعيا جراء العدوان العراقي، وتتويجا لهذه الجهود أنشأت الدولة مؤسسات لتقديم جميع أوجه الرعاية الاجتماعية لهذه الفئات، فقد أنشئ مكتب الإنماء الاجتماعي ليقدم الخدمات الإرشادية والعلاجية لعموم المواطنين المتضررين لمساعدتهم في تجاوز مشكلاتهم النفسية وإدماجهم في المجتمع، وكذلك العمل على إعادة تأهيل الذات الكويتية لتصبح آمنة مطمئنة تؤدي دورها الطبيعي في المجتمع وإكمال مسيرة البناء فيه، كما أنشئ مكتب الشهيد الذي يقدم رعاية اجتماعية متكاملة

لزوجات الأسرى والشهداء والمفقودين وأبنائهم، في الوقت نفسه تشكلت لجان حكومية لتقديم التسهيلات والمساعدات لعائلات هؤلاء حتى يتمكنوا من التغلب على الصعوبات التي تواجههم، ومساعدتهم على التكيف مع ظروفهم الجديدة، كما تأسست اللجنة الوطنية لشؤون الأسرى والمرتهنين للعمل على الصعيدين العربي والدولي لعودة المواطنين الكويتيين الذين يحتجزهم النظام العراقي، ليس فقط لاعتبارات سياسية، وإنما لاعتبارات إنسانية اجتماعية، إذ إن وجود الأسرى في سجون النظام العراقي يمثل مشكلة مركبة بالغة الصعوبة على عائلات هؤلاء الأسرى.

ملخص

إذا كانت الحروب تمثل واحدة من أهم المآسي التي تعيشها البشرية، فإنها كثيرا ما تستثير الدوافع وتشحذ العزائم في اتجاه القيام بأنشطة إنسانية على درجة كبيرة من الأهمية، إن الدمار والخسائر التي نتجت عن الحرب العالمية الثانية، حفزت الأنشطة الحكومية والأهلية في بلدان أوربا من أجل تطوير برامج الرعاية الاجتماعية التي تستهدف ضحايا الحرب وعائلاتهم، ومساعدة هؤلاء على التكيف والتوافق، وعلى الرغم من أن الرعاية الاجتماعية المنظمة، جاءت وليدة الثورة الصناعية في القرن التاسع عشر، لظروف تتصل بالإنتاج ومشكلات التحضر، إلا أنها شهدت دفعات قوية لفترة بعد الحرب العالمية الأولى، وأصبحت أكثر شمولا وتنظيما في الفترة اللاحقة للحرب العالمية الثانية .. والرعاية الاجتماعية ما هي إلا جهود منظمة تهدف إلى توفير مستوٍ معقول من المعيشة، وتحسين ظروف الحياة للفئات المحتاجة أيا كانت الأسباب، والرعاية الاجتماعية أكثر من مجرد نظام اجتماعي، لأنها تتضمن العديد من الخدمات والمهن والأساليب والطرق بما يقابل حاجات المستهدفين، بهذا المعنى فإن الرعاية الاجتماعية ضرورة للمجتمع المعاصر، ليس فقط لمواجهة المشكلات كالفقر والبطالة والمرض، ولكن أيضا لأن المجتمع المعاصر يعيش حروبا طاحنة، ويكفي أن العالم منذ 1945 وحتى 1997، شهد حوالي أربعمائة حرب ومعركة، خلفت وراءها ملايين القتلى والمصابين والمعاقين ذهنيا وبدنيا، كما خلقت وراءها ملايين الأرامل والأيتام، إن هؤلاء يحتاجون إلى المساعدة الفعالة، وهذه المساعدة تطرحها وتتضمنها برامج

الرعاية الاجتماعية، غير أن ذلك لا يعني أن الرعاية الاجتماعية المتكاملة هي الآلية الوحيدة التي تصلح كل ما أفسدته أو دمرته الحرب، فهناك البرامج والمؤسسات والأنشطة الأخرى التي لا بد أن تتكامل مع جهود الرعاية الاجتماعية، بل وتوفر البيئة المناسبة لتلك الجهود، ومن المنظور التكاملي، فإن برامج الرعاية الاجتماعية الخاصة بمتضرري الحروب تندرج تحت ثلاثة مجالات أساسية هي الإمداد الاجتماعي (Social Provision) والخدمة الاجتماعية (Social Services) والفعل الاجتماعي (Social Action) وفي إطار هذه المجالات تتعدد أنشطة الرعاية الاجتماعية التي تتلخص في:

- خدمات الصحة النفسية، بمعنى الإرشاد والعلاج النفسي، وذلك لمساعدة المتضررين على تجاوز ما يعانونه من مشكلات نفسية واجتماعية.
- تقويم الانحرافات السلوكية، سواء من خلال الخدمات النفسية والاجتماعية، أو من خلال المؤسسات الخاصة، علما بأن الانحرافات السلوكية تزداد في الفترات التي تعقب الحروب.
- رعاية الأسرة والطفولة، فالحروب تترك آثارها على التفاعل داخل العائلة، وقد يضطرب دور الأسرة في التربية والتنشئة، الأمر الذي سبّب العديد من المشكلات النفسية والسلوكية للأطفال.
- التأهيل المهني، والضمان الاجتماعي، فمن الضروري إعادة تأهيل ضحايا الحرب وإعادة إدماجهم في المجتمع، كما أن الفئات العاجزة عن الكسب كزوجات الأسرى والشهداء وأبنائهم لا بد أن يتاح لها الدخل المالي سواء من خلال الضمان الاجتماعي، أو المساعدات المالية المقطوعة، وكذلك الخدمات البيئية والترويحية .. وكل ذلك يدخل في عداد أنشطة الرعاية الاجتماعية.
- تنمية الموارد البشرية، وتقوية تنظيم المجتمع، وحماية البيئة فكثيرا ما ينتج عن الحروب تعديل الهرم السكاني، وتفقد الدولة عددا، قد يكون كبيرا، ممن هم في سن العمل، وبالتالي يزداد عدد المعالين، وقد تؤدي الحرب إلى تدمير بعض مؤسسات المجتمع، كما قد ينتج عنها تداعيات أو انعكاسات تستدعي وجود تنظيمات جديدة، وكثيرا ما ينتج عن الحروب أضرار بيئية تهدد الإنسان، لكل هذه الاعتبارات يتعين وجود برامج للرعاية الاجتماعية لمقابلة هذه الآثار الناجمة عن الحرب.

هذه فكرة موجزة عن أنشطة الرعاية

الاجتماعية المتكاملة التي يحتاج إليها المجتمع الذي مر بمحنة الحرب، وعانى من ويلاتها وآثارها، وينطبق ذلك على المجتمع الكويتي عندما اجتاحته القوات العراقية في الثاني من أغسطس 1990، وحتى نهاية فبراير 1991، وقد نتج عن ذلك العدوان الغاشم آثار نفسية واجتماعية وتربوية شديدة، ما زالت إجراءات مواجهتها قائمة حتى الآن.

المراجع العربية

1 . محمد سيد فهمي، مدخل إلى الرعاية الاجتماعية من منظور إسلامي، الاسكندرية، المكتب الجامعي الحديث، 1988، ص116.

2 . تقرير منشور بجريدة الأنباء الكويتية بتاريخ 13/2/1997 ص6.

3 . رمسيس بهنام، الجريمة والمجرم في الواقع الكوني، الاسكندرية منشأة المعارف 1996، ص421.

4 . محمد الجوهري، المدخل إلى علم الاجتماع، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، 1990، ص47.

5 . محمد سيد فهمي م.س، ص178.

6 . بيتر داي، الخدمة الاجتماعية والانضباط الاجتماعي ترجمة يوسف ميخائيل أسعد القاهرة، الهيئة المصرية العامة للكتاب، 1988 ص80.

7 . محمد سيد فهمي م.س، ص120.

8 . مصطفى فهمي، الصحة النفسية، القاهرة مكتبة الخانجي، 1976، ص18.

9 . بيتر داي، م.س، ص144.

10 . وكالة الأنباء الكويتية، الاعتداء على البيئة في الكويت، تقرير مقدم إلى مؤتمر قمة الأرض، ريودي جانيرو، البرازيل 1992، ص34.

11 . أحمد مصطفى خاطر، طريقة تنظيم المجتمع، الإسكندرية، المكتب الجامعي الحديث، 1984، ص8.

12 . حسين عمر، الاقتصاد القومي في الحرب والسلم، القاهرة، مكتبة القاهرة الحديثة، د.ت، ص 69.

13 . محمد سلامة غباري، المدخل إلى علاج المشكلات الاجتماعية الفردية . الاسكندرية، المكتب الجامعي الحديث 1992، ص 35.

14 . انظر في ذلك : وزارة التربية (1991) الآثار النفسية والاجتماعية للغزو العراقي على الطالب الكويتي، الكويت، وزارة التربية، إدارة الخدمة الاجتماعية.

15 . مكتب الإنماء الاجتماعي 1993، الآثار النفسية والاجتماعية والتربوية الناجمة عن العدوان العراقي الغاشم على أطفال الكويت من سن 6 - 17 سنة، الكويت، الديوان الأميري، مكتب الإنماء الاجتماعي.

16 ـ انظر في ذلك: وزارة التربية (1991) م.س.ذ.

- وزارة التربية (1992) انعكاسات الغزو العراقي الغاشم على الحالة النفسية للطلبة والطالبات الكويتيين في المرحلة الثانوية، الكويت، إدارة الخدمة النفسية.

- مكتب الإنماء الاجتماعي (1994) دليل العمل والخدمة، الديوان الأميري، مكتب الإنماء الاجتماعي، ص55 - 76.

- المصدر نفسه.

المراجع الأجنبية

1. Kunikibko ASAI Mental Health Services in Japan. Special Issue: Mental Health Services: An International Perspectives. Journal Of Sociology and Social Welfar Vol. 18 (2) 1991. PP 141-154.
2. Miliam Costllo (ET AL) Children and Military Conflict. Current Issues and Treatment Implications. School Counselor Vol. 41. 1994. PP220-225.
3. J.Leyson. Psychosexual Scors of Recent Wars. In: Florence Whitman Kashlow(ED) The Military Family in Peace and WR. New York. Springer Publiser CO. 1993. P.106.
4. Aphrodite Matsakis. Veitnam Wivees: Facing The Challenger of life with veterans suffering Post Traumatic Stress Disorders. Luthurville. Sidran Press. 1996.
5. Aphrodite. OP. CIT

المناقشات والتعقيبات

د. فهد الناصر:

شكرا للدكتورة نضال على ما جاء في هذا البحث من معلومات قيمة أتمنى لو وضعت في صورة تطبيقه وتنفيذية وتنظيمية للرعاية الاجتماعية في المجتمع الكويتي بمعنى أن تقدم في شكل كتب للرعاية في الجوانب المختلفة، يمكن أن تفيد مكتب الإنماء الاجتماعي ويتبناها توصياتٍ ولو أن هناك تصورا عمليا قابلا للتطبيق لأمكن من خلاله وضع برنامج يحتوى على أهداف وخطة زمنية واضحة لتنفيذها وتطبيقها والاستفادة منها لتقديمها لضحايا العدوان، كما يمكن أيضا الاستفادة من نماذج مختلفة من المجتمعات الأخرى، ونتعرف تجارب الدول الأخرى في تطبيقات الرعاية الاجتماعية في مجتمعاتهم وكيف واجهوا ضحايا الحرب وقدموا خدمات الرعاية للمتضررين، والحقيقة أن البحث جيد، وقد أبرز دور مكتب الإنماء، وأود أن أركز على نقطه هامة، وهي الاستفادة من البحث في صياغة التوصيات، وأن نقسم المعلومات إلى ثلاثة محاور أساسية هي : الفرد .. الأسرة .. المجتمع.

د. نضال:

أشكر الدكتور فهد على ملاحظاته وتعليقه، وأود أن أطمئنه إلى أن ما ذكره موجود بالبحث، ولم أتطرق إليه لطول البحث واضطراري لاختصاره، وهناك أمثلة كثيرة عملية لتقديم الرعاية الاجتماعية للمتضررين مثل صندوق التبرعات بمكتب الأسرى والمفقودين، وهذا يعتبر جزءا من الزكاة.

أ. عبدالواحد شمس الدين:

أود أن أسأل الدكتورة نضال عن ما ذكرته بالنسبة إلى الإجازات المرضية للمصابين، هل هناك دراسة أخرى على الموظفين في المؤسسات الحكومية، لقد علمت أن هناك الكثير من الموظفين يطلبون إجازات مرضية وخاصة (الموظفات) وذلك ما لاحظناه بعد العدوان.

د. نضال:

بالنسبة إلى الموظفات الموجودات في الوزارات حصلن على إجازاتهن

واستنفذتها نوعا من أنواع الحرص على الوجود في المنزل تحسبا لحدوث أي مشكلة حتى تكون الأسرة جميعها موجودة فازدادت بذلك نسبة الإجازات للموظفات داخل مؤسسات الدولة، ولا شك أن ذلك له تأثيره على قوة العمل والإنتاج في المجتمع، وتأثرت أيضا المدارس وأصبحت تعاني من غياب المدرسة، وما يترتب على ذلك من آثار سلبية على الطالبات وزادت السلوكيات السلبية بالمدارس بشكل لم يكن موجودا من قبل، مما كان له الأثر الواضح على قلة التحصيل والمستوى الدراسي للطلاب والطالبات.



الجلسة السادسة



التحليل والمتابعة النفسية خلال ٧ سنوات لنزلاء دار المسنين الذين عاصروا فترة الغزو

رئيس الجلسة : د. حسن مكي

المتحدث الرئيسي : د. وليد البصيري/د. صفا الجمل

البحث

قام المركز الطبي بمعاينة نزلاء دار رعاية المسنين النين عاصروا فترة الغزو وبقوا على قيد الحياة حتى تاريخه من الناحية النفسية والطبية وعددهم 14 حالة من الإناث و8 حالات من النكور من بين 82 نزيلا كانوا موجودين في الدار عند بداية الغزو الغاشم.

علما بأن 32 نزيلا منهم توفوا خلال فترة الغزو، و28 نزيلا توفوا بعد نلك متأثرين بالأحوال الصحية السيئة التي مروا بها خلال فترة الاحتلال.

وتبين لنا أن النزلاء الأحياء وعددهم 22 نزيلا يعانون من مشاكل عقلية ونفسية شديدة لا علاقة لها بالغزو فعشرة منهم لديهم تخلف عقلي، و4 لديهم اضطراب وجداني، و2 يعانون من العظام، و3 من اضطرابات توهمية، وكان اثنان فقط منهم طبيعيين من الناحية النفسية، ولم يعانِ أحد منهم من ضغوط ما بعد الصدمة، ولكنهم كانوا جميعا حسب حالتهم العقلية والنفسية يعانون من القلق والتوتر العصبي خلال فترة الغزو.

ومن ناحية أخرى فإن 32 شخصا توفوا خلال فترة الغزو، وكانت وفاتهم ترجع إلى عوامل مرضية وإلى سوء التغنية والأوضاع الصحية والنفسية خلال فترة الغزو.

ودار المسنين هي إحدى الدور التابعة لوزارة الشؤون الاجتماعية والعمل بل هي أقدمها.

وفي بداية شهر أغسطس 1990 كان هناك 82 نزيلا ونزيلة بدار المسنين في حين نقص هذا العدد إلى 50 بعد مرور 7 شهور، وهي فترة العدوان الغاشم، أي إنه

في خلال 7 شهور توفي 32 مسنا نتيجة تعرضهم لإصابات غير مباشرة بسبب اضطراب ظروف إقامتهم ورعايتهم بالدار من نقص في الأشخاص المعنيين برعايتهم مثل أفراد الهيئة التمريضية والعمال المساعدين لهم، ذلك بجانب النقص في المواد الغذائية والعقاقير العلاجية مما أدى إلى تدهور وضعف شديد في حالتهم الصحية نتج عنه وفاة أكثر من ثلث نزلاء الدار.

بينما توفي 32 مسنا بالدار خلال 7 أشهر فقد توفي 28 مسنا فقط في خلال السبع سنوات بعد التحرير، وتبقى ممن عاصروا الغزو 22 مسنا لا يزالون يقيمون بالدار حتى وقتنا هذا.

تمت دراسة الحالة النفسية لهؤلاء الـ22 الأحياء ومتابعة حالتهم منذ التحرير وحتى وقتنا هذا، في حين لا يوجد لدينا دراسة كافية عن الذين توفوا خلال السبعة أشهر أثناء الغزو العراقي، ولم نُدخل من توفوا بعد الغزو في الدراسة. ويسكن بالدار في الوقت الحالي 61 مسنا ومسنة من بينهم 22 نزيلا عاصروا الغزو. ومن بين 61 يوجد 37 من الإناث و24 من الذكور، ومن بين أسباب دخولهم الدار هو عدم قدرتهم على رعاية أنفسهم نتيجة مرض عقلي، لذا فمعظمهم يعانون من أمراض عقلية ونفسية، فمن بين النساء الـ (37) هناك 12 امرأة يعانين من تخلف عقلي، و9 من عته شيخوخة، و7 من اضطرابات وجدانية، و2 من اضطرابات توهمية، وواحدة من عصاب القلق، في حين هناك 4 فقط أصحاء من الناحية العقلية والنفسية.

أما بالنسبة إلى الذكور الموجودين حاليا بالدار فعددهم 24 منهم ثلاثة يعانون من تخلف عقلي، وثلاثة من اضطراب وجداني، و4 من فصام، و3 من اضطرابات توهمية، و9 من عته شيخوخة، و2 فقط طبيعيان.

ومن بين 37 مسنة يوجد 14 منهن عاصرن الغزو، معظمهن يعانين من أمراض عقلية جسيمة ومزمنة، و8 يعانين من تخلف عقلي، و2 من اضطراب وجداني، وواحدة تعاني من اضطراب توهمي، وواحدة من فصام، واثنتان فقط صحيحتان نفسيا.

وفي قسم الرجال يوجد ثمانية عاصروا الغزو، وكلهم يعانون من اضطرابات نفسية مزمنة، فاثنان يعانيان من تخلف عقلي، واثنان من اضطرابات وجدانية، واثنان من اضطرابات توهمية،

وواحد من فصام وواحد من عته شيخوخة. وأثبتت الدراسة أنه لم يعانِ أحد منهم من ضغوط ما بعد الصدمة بسبب وجود اضطراب أساسي في الحالة العقلية مما أثر في إدراكهم للأحداث المحيطة بهم، ولكنهم جميعا شعروا بتغير في الظروف المحيطة بهم وبنقص الإمكانات، مما أدى إلى إحساسهم بالقلق والتوتر.

وجميع النزلاء بالدار يخضعون لبرنامج تأهيلي بما في ذلك النزلاء الذين كانوا موجودين بالدار أثناء الغزو.

والبرنامج التأهيلي يتضمن شقين، الشق الأول خاص بالعلاج الطبيعي من أجل الحفاظ على استمرارية قدرة المسن على الحركة، ومن أجل الحد من الإعاقات الجسدية، وأيضا للمساعدة في علاج بعض الأمراض. أما بالنسبة إلى الشق الآخر فهو التأهيل الاجتماعي والنفسي من خلال حلقات نقاشية بين النزلاء بمساعدة الأخصائيين الاجتماعيين، وذلك بجانب تنظيم أنشطة اجتماعية وترفيهية لهم من أجل الحفاظ على مستوى إدراكهم.

المناقشات والتعقيبات

د. نضال الموسوي:

أود أن أسأل الدكتور وليد عن العلاقة بين المعاهد الخاصة ودور الرعاية وهل توجد ازدواجية في الاختصاصات؟

أردت أن أستوضح هذه النقطة بالنسبة إلى رعاية المعاقين.

د. وليد البصيري:

هذا سؤال هام وفي مكانه: يوجد في دولة الكويت جهات مختلفة لرعاية المعاقين، ولكل جهة اختصاصاتها وشروطها... هناك مثلا: وزارة الشؤون الاجتماعية والعمل، ووزارة التربية، ووزارة الصحة التي تختص بالإعاقة الجسدية البحتة، وكذلك الإعاقة النفسية عن طريق الطب النفسي.

والمعاهد الخاصة بوزارة التربية تختص بالحالات الذهنية والحالات الخفيفة من خلال مدارس الرجاء ومدارس الشفاء.

أما دور الرعاية الاجتماعية فمن اختصاصها قبول الحالات بعد سن الأربع سنوات، وقد تكون الإعاقة مزدوجة ومن الناحية التربوية غير قابلة للتدريب، لذلك يقبلون في دور الرعاية لمجرد المحافظة على الحالة فقط.

د. حمود القشعان:

أشكرك على هذه المعلومات القيمة التي تعكس حجم المعاناة التي عاناها العاملون قبل النزلاء في دور الرعاية الاجتماعية، وللتوضيح أود أن أبين مفهوم مكتب الإنماء الاجتماعي عن (الإعاقة)، مكتب الإنماء يعّرف الإعاقة بأنها تخص الحالات التي لم تؤسر أو تستشهد وحصلت لها إعاقة ذهنية أو نفسية أو اجتماعية أو صحية، وكان لنا الشرف في مكتب الإنماء أن نسهم في تأهيل هؤلاء حوالي 500 حالة، وكانت أول خطوة هي تأهيلهم صحيا قبل تأهيلهم نفسيا.

وسؤالي هو: ألا تعتقد أن دور الرعاية الاجتماعية في الكويت بحاجة إلى تحديث من حيث المباني ومن حيث الخدمات ومن حيث نوعية الرعاية التي تقدم للمعاقين سواء المسنين أو غيرهم من الفئات، كذلك في حاجة إلى تأهيل أخصائيات وأخصائيين (متخصصين) للعمل مع هذه الحالات. وشكرا.

د. وليد البصيري:

السؤال حقيقة في مكانه وأود أن أوضح أيضا أن وزارة الشؤون الاجتماعية والعمل تقوم بإعادة تأهيل الأخصائيين والأخصائيات من خلال الدورات التدريبية، وتوفير كادر وظيفي جديد لهم، ولاشك أن عملية الحوافز موجودة فجميع العاملين الذين لهم علاقة في العمل مع نزلاء دور الرعاية يحصلون على علاوة قيمتها 80 د.ك متميزين بذلك عن العاملين بالوزارات الأخرى، وفي اعتقادي أن ذلك يعتبر الحد الأدنى للتطوير في هذا المجال.

د. بثينة:

أشكركم على بحثكم وما ورد من معلومات قيمة، وقبل قليل قلت إن هناك تعاونا بينكم وبين مستشفى الطب النفسي لرعاية الشيخوخة، وأنا رئيسة وحدة الطب النفسي ولا يوجد لدي علم بذلك، وسؤالي عن نوع التعاون بينكم وبين الطب النفسي.

د. هناء:

أحب أن أعقب على سؤال د. بثينة:

أنا منتدبة في مستشفى الطب النفسي يوم واحد في الأسبوع وأعمل مع الفريق الطبي الإنجليزي، ومن ناحية التعاون بين دور الرعاية والطب النفسي: أرى أن التعاون موجود والدكتور علي التوفيق يزورنا يوما في الأسبوع لفحص المرضى في المؤسسة، وهناك تبادل زيارات بين الفريق الطبي والعلاج الطبيعي بالتعاون مع الأخصائيين الاجتماعيين، ويوجد لدينا تواصل في العمل بين الهيئة الاجتماعية والهيئة الطبية دونما انفصال، وهم يقومون بزيارات دورية من مستشفى الطب النفسي للاطلاع على نظام العمل ومحاولة تطبيقه في الطب النفسي.

كما أود أن أعقب على كلام د. حمود القشعان فأقول له إن التخصص شيء مهم جدا في التعامل مع الفئات الخاصة، لكن من خلال تجربتي هنا مدة (11) سنة عملت مع المسنين، وجدت أن الأهم من التخصص هو (الحس الإنساني) لدى العاملين، وعلى سبيل المثال فإن فريق الهيئة التمريضية الذي مارس العمل أكثر من عشرين سنة وتكون عندهم (الحس الإنساني) كان أعضاؤه أفضل بكثير من الفريق الجديد حديثي الخبرة رغم تخرجهم من المعهد العالي للتمريض، فلا شك أن الخبرة واكتساب (الحس الإنساني) في التعامل مع الفئات الخاصة

أفضل من أي علم موجود في أي كتاب. وشكرا.

د. وليد البصيري:

إن الحديث الذي تحدثت به الدكتورة (هناء) على ما أعتقد أنه كلام ذو حسٍّ عالٍ، وفي نفس الوقت ينم عن خبرة وواقع عملي وبالنسبة إلى الدكتورة بثينة وعن مفهوم التعاون فأنا أعتقد أن اتصالاتنا مع دور الرعاية الاجتماعية ومستشفى الطب النفسي ووزارة الصحة قائمة وستظل قائمة إن شاء الله.

أحمد النوري:

في الحقيقة، عندي ثناء، ولدي سؤال: فأثني على الموظفين الذين تولوا الرعاية في دور الرعاية الاجتماعية وذلك من خلال الشهور السبعة التالية للغزو، وكنا مجموعة مع وزير الشؤون الحالي (الكليب) لتقديم المساعدات عن طريق الجمعيات التعاونية.

أما السؤال فيدور حول عدد الموظفين في دور الرعاية، وقد تقلص من 300 موظف إلى 53 موظفا، هل هناك حالات تأثرت من الموظفين أنفسهم؟ وإذا كان ذلك كذلك فما هو دور الوزارة في علاجهم؟

د. وليد البصيري:

لا شك أن دور الرعاية تعتبر من أكبر المؤسسات الاجتماعية التي عانت إبّان فترة الغزو معاناة كبيرة، وكان هناك جهات كثيرة تتعاون، وتحاول أن توفر المواد العلاجية والغذائية، وقد تغيرت الفكرة التي كانت سائدة عن دور الرعاية، وبعد 1993 بدأ الناس يلمسون الخدمات المقدمة إلى النزلاء ومدى التطور أو التحسن الذي طرأ عليها مما طمأن المواطنين وشجعهم على إلحاق مرضاهم بدور الرعاية الاجتماعية.



الجلسة الختامية

التوصيات

إيمانا بالرسالة الإنسانية التي حملها مكتب الإنماء الاجتماعي، والتي تهدف إلى إزالة الآثار النفسية والاجتماعية والتربوية الناجمة عن العدوان العراقي وأهمية تأهيل ضحايا العدوان وإنماء الذات الكويتية لكي تمارس دورها الطبيعي في المجتمع، وتأسيسا على نتائج البحوث والدراسات المقدمة للحلقة النقاشية التاسعة، ومأأسفرت عنه المناقشات والآراء التي طرحت أثناء جلسات الحلقة التي تناولت: «ضحايا العدوان العراقي» «استراتيجيات التأهيل والتنمية».

يوصي المشاركون في هذه الحلقة النقاشية بما يلي:

أولا: توصيات مرتبطة بجوانب التأهيل الاجتماعي

1 . إعداد البرامج التدريبية والحلقات النقاشية لتوجيه العائلات المعيلات إلى أنماط الأعمال التي تتفق وحاجاتهن وإمكاناتهن في ظل الظروف التي يواجهونها، مثل عملية التوفيق بين التزامات المنزل والعمل الجديد.

2 . توفير برامج لترشيد أفراد الأسرة وتوعيتها مثل البرامج الاجتماعية الخاصة بالسلوك الإنساني والنظريات التربوية في التعامل مع الأبناء.

3 . تشجيع أسَر ضحايا العدوان العراقي بكل السبل المتاحة على المشاركة في الأنشطة الاجتماعية والثقافية والرياضية، بتوفير حوافز مناسبة للمشاركة في هذه الأنشطة.

4 . تشجيع التوجه نحو بناء المجتمع المنتج من خلال تأهيل ضحايا العدوان في إطار من المشاركة الجماعية.

5 . أن يحرص الباحثون على تعزيز الدراسات والبحوث في مجال التأهيل والتنمية، وذلك بإجراء دراسات وبحوث مقارنة بفئات أخرى مماثلة،

في سبيل إثراء تلك البحوث، وتحقيق مزيد من الموضوعية والشمولية.

ثانيا: توصيات مرتبطة بجوانب التأهيل النفسي

1. تكثيف البرامج النفسية بالنسبة للنساء وبرامج مواجهة الأزمات والضغوط النفسية المترتبة على الخوف من المسؤولية، وتعميق الشعور بالتفاؤل في الحياة والإقبال عليها وتدعيم الثقة في النفس.
2. الاستمرار في متابعة أبناء أسر ضحايا العدوان داخل المدارس، متابعة عملية قائمة على القياس النفسي والعملي المتعارف عليه.
3. الاهتمام بالعيادات النفسية للأطفال والتوسع فيها على مستوى جميع مناطق دولة الكويت والتركيز على إنشاء هذه العيادات على أسس وشروط عملية.
4. أن يعمل الاختصاصيون في مجال الرعاية الصحية والنفسية مع ضحايا العدوان من خلال علاقة طويلة المدى، ويتعين على المختصين أن يكونوا على وعي تام بالمشكلات التي يعاني منها هؤلاء الضحايا، وأن يراعي المعالج في أدائه لدوره المهني أسلوبي العلاج الفردي والجماعي في علاج الأسرة.

ثالثا: توصيات مرتبطة بجوانب التأهيل التربوي

1. تكثيف برامج التأهيل التربوي لمرحلة المراهقة وخصائصها وكيفية التعامل معها حيث إنها من أخطر المراحل العمرية على الجنسية، وذلك أن أطفال فترة العدوان هم مراهقو اليوم، ومن المتوقع أن يتضاعف عددهم خلال السنوات الثلاثة القادمة.
2. تنظيم برامج تربوية لأُسَر ضحايا العدوان يشارك فيها تربويون واجتماعيون متخصصون لمساعدة المستهدفين من الخدمة وخاصة الزوجات لزيادة معرفتهن ووعيهن بالعلاقات الأسرية وللوقاية من اضطراب العلاقات بين أعضائها تعويضا لهن عن فقد العائل مع توجيههن لطلب الاستشارة من المكاتب المتخصصة في التوجيه الأسري.
3. استثمار وسائل الإعلام لتكوين وسيلة للإرشاد التربوي في المجتمع، وذلك بهدف تهيئته

بمؤسساته وشرائحه المختلفة، نحو تقبل ضحايا ومتضرري العدوان تمهيدا لتأهيلهم وظيفيا واجتماعيا ونفسيا.

رابعا: توصيات عامة

1. يراعى في تصميم الاستراتيجيات المختلفة سواء كانت تأهيلية أو ترفيهية أو ثقافية بحيث تشمل أفراد الأسرة بكامل علاقاتها والتزاماتها، والتركيز على البرامج ذات العلاقة المباشرة بمشكلات التعامل والتفاعل مع الأبناء.
2. توفير الاستشارة القانونية لأسر ضحايا العدوان من خلال المكاتب واللجان المتخصصة تجنبا للوقوع في مخالفات قانونية فيما يتعلق بموضوع الميراث، والوصية، والإسكان.
3. مساعدة الأسر المتضررة في الاعتماد على النفس عن طريق توفير البرامج التأهيلية المباشرة مثل تقديم المساعدات المالية معتمدا على ذاته في تصريف أموره.
4. استثمار الأبحاث الميدانية نحو تشجيع الحرف اليدوية من خلال تصميم برامج علمية تطبيقية يتدرب فيها أبناء الأسرى والشهداء وضحايا العدوان على بعض الحرف اليدوية التي تفيد الفرد في حياته اليومية ويخدم فيها نفسه والمحيطين به.
5. إبراز دور الأخصائي الاجتماعي والمعالج النفسي في المجتمع وإعداده إعدادا جيدا من الناحية الأكاديمية والمهنية، من خلال تنظيم دورات تدريبية داخل وخارج البلاد.
6. تشجيع البحوث العلمية وتمويلها من قبل المؤسسات العلمية والبحثية في دولة الكويت وفتح المجال للبحوث الميدانية المتخصصة في استراتيجيات التأهيل والتنمية اللازمة لضحايا العدوان العراقي الغاشم.
7. ضرورة وضع وإيجاد خطة تأهيلية متكاملة تتضافر من أجل تنفيذها جهود مختلف المؤسسات والهيئات المناطة بالتأهيل في الدولة، فليس الفرد هو المعني فحسب بل أسرته كذلك، وبالتالي فإن صياغة نموذج للتأهيل لا يكون فاعلا إلا من خلال الاستشارة المستمرة والفعالة بين مراكز التأهيل والمؤسسات والهيئات الأخرى المناطة بعملية التأهيل.

8 . التأكيد على دور مكتب الإنماء الاجتماعي في تأهيل ضحايا العدوان العراقي وإصدار التشريعات التي تنظم مهمة المكتب، والعمل على توفير إمكانات ومقومات العمل فيه.

9 . أهمية إيجاد حلول للمعوقات المحتملة التي تحد أو تعرقل عودة ضحايا العدوان لأعمالهم لأن ذلك يعتبر من الأولويات في استراتيجيات التأهيل المتكامل، فكل فرد ينبغي أن تدرس حالته في ضوء إمكانياته، وإيجاد عمل ملائم لإعاقته.

10 . التنسيق والتعاون بين مكتب الإنماء الاجتماعي والجهات المعنية بشؤون ضحايا العدوان العراقي أو تأهيلهم في الدولة، وذلك في مجال إجراء البحوث العلمية والدراسات الميدانية على نحو يوفر الخبرات المختلفة والدعم الشامل لإنجاز هذه البحوث، ومن ثم يتعاون الجميع في تنفيذ وتطبيق هذه التوصيات على النحو المرجو والمأمول.

والله ولي التوفيق



دولة الكويت
STATE OF KUWAIT
AMIRI DIWAN
SOCIAL DEVELOPMENT OFFICE
SEMINAR IX
TOGETHER.. WE PROSPER